

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis CORMAN

Né à Roubaix, le 19 février 1901

LA CONSTITUTION PHYSIQUE
DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

CONTENANT UN

ESSAI SUR LES TEMPÉRAMENTS

Président : M. H. CLAUDE, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis CORMAN

Né à Roubaix, le 19 février 1901

LA CONSTITUTION PHYSIQUE
DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

CONTENANT UN

ESSAI SUR LES TEMPÉRAMENTS

Président : M. H. CLAUDE, professeur

PARIS

G. DOIN & C^{ie}, ÉDITEURS

8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1932

DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GÜILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	N...
	N...
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER Pathologie expérimentale.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNOÏ Hygiène.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAITRE Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 N..... Histologie.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES Obstétrique.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — ^eAGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DEBRÉ Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
FIESSINGER .. Clinique médicale.
LAIGNEL-LEVASTINE. Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MATHIEU Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON PREMIER MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR A. BROCA

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR H. CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
Membre de l'Académie de Médecine

En très respectueux hommage.

.

A MON MAÎTRE
M. LE DOCTEUR CL. VURPAS

Médecin de la Salpêtrière

*Qui m'a prodigué pendant trois ans
ses conseils très éclairés et les marques
quotidiennes de sa bienveillante sollici-
tude.*

.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR O. CROUZON

Médecin de la Salpêtrière

*Dont la bienveillance m'a permis de
recueillir les observations qui composent
ce travail.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR R. DEBRÉ

Professeur de Bactériologie
Médecin des Hôpitaux

*En reconnaissance de l'enseignement
qu'il me donna pendant mes deux années
d'internat auprès de lui.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1920-1921. M. le Professeur E. SERGENT
M. le professeur LEJARS (*in memoriam*)
1921-1922. M. le Docteur MICHON
M. le Professeur CHAUFFARD

Externat

1922. M. le Professeur A. BROCA (*in memoriam*)
1923. M. le Docteur LAFITTE (*in memoriam*)
1924. M. le Professeur CHAUFFARD

Internat

1925. M. le Docteur F. RAMOND
1926. M. le Docteur R. DEBRE
1928. M. le Docteur DUVOIR
1929. M. le Docteur CROUZON
1930. M. le Docteur R. DEBRE
— M. le Professeur LÉON BERNARD
1931-1932. M. le Docteur CL. VURPAS.

A MES MAÎTRES

- MM. les Docteurs P. BRODIN et J. DECOURT, médecins
des Hôpitaux.
M. le Docteur JEAN MADIER, chirurgien des Hôpitaux.
M. le Docteur CH. JACQUELIN

A MES MAÎTRES EN MORPHOLOGIE

MM. les Docteurs de LAMBERT et THOORIS

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDÉ
DANS LA RÉALISATION DE CE TRAVAIL

- M. le Docteur BARBÉ, médecin de la Salpêtrière.
- M. le Docteur LEROY, médecin de l'Asile Sainte-Anne.
- M. le Docteur H. BARUK, médecin de Charenton.
- M. le Docteur E. SIKEMEIER, médecin chef de l'Asile Sonnenhalde (Suisse).
- M. le Docteur MEIGNANT, médecin des Asiles.
- M. le Docteur CAROLI, chef de clinique à la Faculté de médecine.
- M. le Docteur LAGACHE, interne des Asiles de la Seine.
- M. H. GALLOT, interne des hôpitaux de Paris.
- M. A. PROTOPAZZI, à qui je dois tous les dessins qui illustrent cette thèse.

A MON AMI MAURICE BEAUX (*in memoriam*).

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

Depuis que BAYLE, en 1822, l'a individualisée en faisant connaître ses symptômes essentiels et les lésions cérébrales qui la conditionnent, la paralysie générale est considérée à juste titre comme l'affection mentale la mieux définie.

Un siècle d'études et de controverses n'ont pas entamé la solidité de l'œuvre anatomo-clinique de BAYLE. L'unité de la paralysie générale est aujourd'hui généralement acceptée, et l'on a peu ajouté à la description initiale de l'illustre aliéniste, sauf toutefois sur un point.

Ce point concerne l'importance qu'il faut attribuer à la syphilis dans la genèse de la paralysie générale. BAYLE n'ignorait pas l'existence de cette infection dans le passé de certains malades, mais il ne la rangeait pas au nombre des causes de la maladie. Un demi-siècle plus tard, l'opinion régnante est au contraire en faveur du rôle étiologique de la syphilis. On l'affirme timidement tout d'abord. Mais, peu à peu, cette opinion conquiert tous les suffrages. Et désormais, la plupart des auteurs pensent et écrivent que la paralysie générale est *une*, non seulement par ses symptômes et par ses lésions comme l'avait dit BAYLE, mais encore par son étiologie ; et ils s'efforcent de démontrer que l'infection syphilitique est à elle seule capable de la produire de toutes pièces.

La démonstration ne va pas sans difficulté. Elle se heurte notamment à cette objection que si la syphilis est la cause *nécessaire* et *suffisante* de la paralysie générale, il est difficile d'expliquer pourquoi elle n'y conduit pas toujours, et pourquoi le nombre des paralysés est petit en comparaison du nombre des syphilitiques.

Pour répondre à cette objection, trois doctrines ont été proposées.

La première est simple. Elle invoque l'action du traitement : ne deviennent paralytiques généraux que les sujets dont la syphilis n'a pas été traitée, ou l'a été d'une manière insuffisante. Au premier abord, cette affirmation paraît irrécusable. Mais lorsqu'on examine les faits avec plus d'attention, on ne se sent plus autorisé à la maintenir ; un grand nombre de syphilitiques non traités semblent échapper à la paralysie générale, et, par contre, on a pu constater par l'exemple de quelques cas que le traitement ne suffit pas toujours à prévenir cette affection, même lorsqu'il est bien conduit.

La seconde doctrine, plus ingénieuse, a été énoncée par AUGUSTE MARIE et LEVADITI. Enregistrant la rareté des manifestations cutanées chez les syphilitiques qui deviendront paralytiques généraux, remarquant d'autre part que les peuples chez lesquels on observe des syphilis cutanées florides et mutilantes semblent à l'abri de la méningo-encéphalite, ces auteurs ont supposé l'existence de deux variétés de spirochètes, différentes par leurs affinités tissulaires. L'une se cantonnerait à la peau : c'est la variété dermatrope. L'autre essaierait très tôt vers les centres nerveux : c'est la variété neurotrope. Admettre ces tropismes électifs du spirochète, c'est, selon les auteurs dont nous exposons la conception, expliquer du même coup, et la localisation particulière du virus, et l'inefficacité du traitement contre les lésions déjà établies. L'hypothèse est séduisante, mais, faute d'être étayée par des expériences probantes, elle n'a pu jusqu'ici rallier la majorité des suffrages, et elle a été très vivement critiquée.

Pour SÉZARY, l'un de ceux qui ont combattu le plus énergiquement la doctrine des deux virus, les particularités cliniques de la méningo-encéphalite, et la résistance qu'elle oppose au traitement anti-syphilitique, sont dues bien moins aux qualités spéciales du germe qu'aux conditions nutritives de l'organe où ce germe se développe. Telle est dans sa donnée essentielle la troisième doctrine, la plus récemment formulée.

Ces deux dernières doctrines s'opposent nettement l'une à l'autre. Dans l'infection de l'organisme par le spirochète, l'une ne considère que le germe, l'autre fait intervenir le terrain.

La première est conforme à une tendance très répandue depuis les découvertes de PASTEUR, et qui porte l'esprit à donner la première place, dans la genèse de toute maladie, aux propriétés spéciales de l'agent pathogène. Cette tendance est en partie légitime, certes, mais elle outrepassé volontiers ses droits, et elle conduit trop souvent à négliger la réaction particulière de l'organisme malade.

Rapporter à cette réaction de l'organisme les effets que d'autres attribuent à l'agent pathogène, c'est au contraire prendre en considération l'importance du terrain. C'est ce que fait SÉZARY. Mais cet auteur prend le mot terrain dans deux acceptions différentes qu'il n'est pas inutile de définir tout d'abord, si l'on veut bien comprendre sa pensée.

Il considère les principaux organes de l'économie comme doués de propriétés différentes et comme constituant par là autant de « terrains », qui offrent aux germes des conditions de développement inégales. En particulier, la structure biochimique du cerveau étant différente de celle des autres viscères, on comprend bien que les lésions et les troubles engendrés par la pullulation du spirochète dans cet organe puissent ne pas ressembler à ceux que cause d'ordinaire la syphilis. Et l'on s'explique ainsi la diffusion des lésions dans le parenchyme cérébral, les altérations de forme et de virulence que subit le germe, et enfin la résistance du mal au traitement spécifique.

Mais si cette conception fait voir comment se comporte le spirochète lorsqu'il a envahi le cerveau, elle ne résout nullement un des points les plus importants du débat, à savoir, à la faveur de quelle cause cet envahissement se produit chez certains syphilitiques, et ne se produit pas chez les autres. Ce point, la distinction des deux virus proposée par A. MARIE et LEVADITI se faisait fort de le rendre clair. Mais si, avec SÉZARY, on se refuse à accepter l'hypothèse du virus neurotrope, il faut nécessairement chercher dans les propriétés particulières des organismes at-

teints par la paralysie générale les raisons de la localisation nerveuse du spirochète. Ici intervient à nouveau le *terrain*, mais dans sa seconde acception, celle qui établit des différences, non plus entre les organes d'une même économie, mais entre les organismes d'un groupe d'individus. Rechercher si ces différences individuelles sont susceptibles d'expliquer pourquoi la paralysie générale frappe certains syphilitiques et épargne les autres, c'est étudier les *facteurs de prédisposition* à cette maladie. Ils sont de deux ordres. Les uns sont accidentels, en ce sens qu'ils tiennent à des modifications temporaires de la santé sous des influences diverses : surmenage physique ou moral, excès alcooliques... etc. Les autres sont constitutionnels, l'individu les apporte en naissant, ils se développent avec les années, ils caractérisent en lui un type humain particulier, ils représentent son *tempérament* ou sa *constitution*.

Le rôle de ces facteurs de prédisposition paraît très important à SÉZARY, et cet auteur exprime très nettement l'opinion que si la syphilis nerveuse ne frappe pas avec la même force tous les syphilitiques, cela ne peut tenir qu'à l'inégalité des réactions défensives de leurs organismes. Selon lui, quand cette infection atteint un sujet « neuf », les lésions de la peau et des muqueuses contribuent pour une grande part à assurer l'immunisation de l'organisme, et les mutilations parfois très étendues qui en résultent sont la rançon de l'intégrité des viscères. Mais, dans les familles et chez les peuples où la syphilis est en quelque sorte un patrimoine héréditaire, il s'établirait à la longue une immunité partielle du tégument, et celui-ci ne jouerait plus alors son rôle de barrière protectrice des organes profonds ; l'infection atteindrait de la sorte beaucoup plus sûrement les viscères, et en particulier le cerveau. On saisirait là, selon SÉZARY, le facteur de prédisposition essentiel à la paralysie générale, et on expliquerait facilement que la syphilis nerveuse — de même que la syphilis aortique — ne soit habituellement précédée que de manifestations cutanées très discrètes.

En somme, de tous les facteurs de prédisposition, SÉZARY ne retient que certaines propriétés tissulaires et humorales d'immunité.

Mais cette immunité, pourquoi la considérer isolément si, comme nous le pensons, elle n'est que la résultante des diverses activités fonctionnelles de l'organisme ! Pourquoi ne pas chercher dans l'étude de ces activités fonctionnelles, c'est-à-dire en un mot du tempérament, de quelle manière l'organisme réussit à vaincre une infection donnée ! Et si cette recherche est couronnée de succès, peut-être pourrons-nous prévoir quels sont les types d'organismes capables d'acquérir cette immunité, et, dans le cas qui nous occupe, d'échapper à la paralysie générale.

A la vérité, ce n'est pas sous cette forme dogmatique que le problème de la constitution physique des paralytiques généraux s'est imposé à notre esprit. Familiarisés avec l'étude du tempérament, dont l'importance nous paraît aujourd'hui trop méconnue, nous avons été frappés d'observer chez ces malades certains attributs morphologiques et fonctionnels qui, par leur réunion, formaient un véritable type constitutionnel. Nous avons multiplié nos observations, et il nous est apparu que ce type est fréquent. A la suite de ces constatations, nous avons pensé que le tempérament individuel joue un rôle certain — encore que difficile à définir exactement — dans la genèse de la paralysie générale.

Préoccupés de connaître si d'autres, avant nous, s'étaient posé la même question, nous avons interrogé les principales œuvres qui traitent de la maladie de BAYLE. A notre grande surprise, dans les publications récemment parues en France, non seulement le tempérament ne figure pas au nombre des causes de cette affection, mais encore la question de son rôle éventuel n'est même pas posée ! Par contre, nous avons pu puiser à deux sources différentes des renseignements précieux. L'une de ces sources est contemporaine ; elle se trouve dans des travaux pour la plupart de langue allemande, et suscités d'une manière directe ou indirecte par les études de KRETSCHMER. L'autre est plus ancienne : c'est l'œuvre des aliénistes français du siècle dernier. Ceux-ci, dans leur conception des causes de la paralysie

générale, montrèrent un prudent éclectisme. Tout le premier, BAYLE, qui avait examiné minutieusement ses malades — comme en font foi les observations de son Traité — voyait à l'origine de la paralysie générale trois groupes de causes : des causes prédisposantes, des causes occasionnelles et des causes efficientes. Au nombre des premières, qui « par leur action lente et longtemps prolongée, rendent les individus plus aptes à contracter la maladie », il plaçait le tempérament physique et moral. Il se refusait ainsi à imiter les auteurs qui imputent tous les troubles à une cause unique, et il estimait que la paralysie générale est « le résultat d'un concours ou d'une combinaison d'influences variées qui agissent chacune à leur manière, modifient l'organisme et finissent par aboutir à un effet commun qui devient la cause *efficiente* de la maladie ».

La plupart des contemporains de BAYLE pensèrent comme lui. Ils s'efforcèrent de débrouiller la complexité des causes qui produisent la paralysie générale, et, en particulier, ils mirent en évidence la prédisposition liée au tempérament individuel.

Nous allons donc, avant de développer ce que nos études nous ont appris, examiner l'opinion de ceux qui nous ont précédé dans la voie de ces recherches. Ce chapitre d'histoire est à dessein très court. Nous nous sommes efforcés de le faire impartial et clair.

Les résultats de notre observation personnelle sont exposés ensuite. Ils forment deux parties :

Dans la première, après avoir décrit la méthode utilisée dans nos examens, nous relatons les observations qui forment la base de notre travail.

Dans la seconde partie, nous analysons, comparons, rassemblons et interprétons les faits précédents. Nous cherchons à définir les *caractères*, le *mode d'agir* et la *nature* de la prédisposition à la paralysie générale. Désireux de dépasser la description pure et simple, nous avons été conduits, pour mieux faire comprendre notre interprétation des faits, à donner une Conception générale des tempéraments. Nous avons adopté celle

des Anciens, que les typologistes d'aujourd'hui sont trop enclins à négliger. Mais il nous a paru que l'on pouvait dès à présent, en s'inspirant des lois morpho-physiologiques posées par Claude SIGAUD, enrichir cette typologie ancienne de nouveaux aperçus ; aussi avons-nous tenté un exposé dans ce sens. Reprenant ensuite les faits qui concernent la constitution physique des paralytiques généraux, nous montrons la lumière que projette sur eux la connaissance des tempéraments et nous indiquons les conclusions qu'on en peut tirer.

HISTORIQUE

Nous allons examiner la solution donnée par nos devanciers au problème de la prédisposition constitutionnelle à la paralysie générale.

Pour la clarté de cet exposé, nous le diviserons en trois parties. Nous séparerons tout d'abord les différents éléments de la constitution individuelle, et nous étudierons — en premier lieu, les fonctions organiques et l'habitus extérieur du corps des prédisposés, c'est-à-dire, en un mot, leur constitution somatique ; — en second lieu, leur constitution psychique, c'est-à-dire leur intelligence et leur caractère. Puis, nous aurons à nous demander si cette prédisposition doit être considérée comme acquise ou comme héréditaire, et à indiquer les diverses opinions qui ont été formulées sur ce point.

Sous peine de nous égarer dans les détails, nous avons dû schématiser quelque peu l'évolution des idées concernant le sujet qui nous occupe. Nous espérons cependant n'avoir pas travesti la vérité des faits en agissant ainsi.

I

Sur la constitution physique, ou tempérament proprement dit, les premiers aliénistes français du siècle dernier possédaient des lumières que nous n'avons plus. La connaissance des tempéraments d'HIPPOCRATE et de GALIEN résistait encore victorieusement aux efforts de certains physiologistes pour la saper dans ses fondements, et les vieux cliniciens y restaient attachés.

CABANIS venait d'en faire un exposé brillant dans son ouvrage sur les *Rapports du Physique et du Moral de l'Homme*. Tout médecin d'alors savait reconnaître les types Lymphatique, Sanguin, Bileux, Atrabilaire, et ces désignations — à peu près vides de sens aujourd'hui pour la plupart d'entre nous — avaient à l'époque que nous évoquons un contenu réel.

BAYLE était de ceux qui tenaient compte du tempérament et recherchaient dans la maladie son influence prédisposante. Dans sa thèse, sur cinq cas de « méningite chronique avec monomanie ambitieuse », il dit avoir rencontré quatre fois le tempérament *sanguin*. Il l'affirme d'une manière plus décisive encore dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* :

« La plupart des malades atteints de méningite chronique que j'ai été à portée d'observer, écrit-il, étaient doués d'un tempérament sanguin » (p. 404). Et, ayant noté le tempérament de 87 malades, sur 127 qu'il a examinés, il trouve le type sanguin dans 79 cas.

En 1849, LUNIER exprime une conviction tout aussi précise :

« Il y a, écrit-il, dans le caractère, la manière d'être, les habitudes, je dirai même l'état de santé habituel des individus « prédisposés à la paralysie générale quelque chose de spécial... « Cet état particulier se traduit par un ensemble de phénomènes « qu'on peut rapporter à deux catégories assez distinctes.

« Parmi les individus prédisposés à la paralysie générale, les « uns, en effet, et ce sont les plus nombreux, offrent les attributs « du tempérament sanguin ou constitution apoplectique, caractérisé par un état de pléthore plus ou moins prononcé, un certain embonpoint, une poitrine large et saillante, un cou très « court, une tête volumineuse, un teint habituellement coloré, « un cœur gros, un pouls large et fort...

« Les individus de la seconde catégorie, d'ailleurs beaucoup « moins nombreux, ont un corps grêle, sec, nerveux, à veines « saillantes, à teint pâle, mais se colorant à chaque instant sous « l'influence de la moindre émotion (1). »

1. LUNIER, Recherches sur la P.-G. P. (*Ann. Med. Psych.*, 1849, t. I, p. 215).

De même, MOREL :

« J'ai remarqué que, dans la plupart des cas, les individus « qui terminaient leur existence par la paralysie générale avaient « tous les attributs du type sanguin ou constitution apoplectique (1). »

Comme nous l'avons montré dans une étude antérieure (2), c'est vers le temps où écrivaient ces illustres médecins que la notion de tempérament, sous la forme où les Anciens l'avaient comprise, se perdit peu à peu. Mais les faits sur lesquels cette notion était fondée, eux, demeurèrent ; et, en particulier, la disposition à la pléthore, la tendance aux congestions pulmonaire et cérébrale, qui caractérisaient si nettement le tempérament sanguin, furent alors rangées sous une autre étiquette. On parla de *diathèse congestive*, et ensuite d'*arthritisme*. Mais ces notions nouvelles n'avaient pas la même précision concrète que le tempérament ; notamment, elles ne contenaient plus *sur l'habitus extérieur du type ces renseignements très précieux qui le font reconnaître en clinique*. Avec elles, on quittait la Pratique médicale pour la Pathogénie. C'est en effet dans cette direction que s'orientent désormais les auteurs partisans de la diathèse congestive chez les paralytiques généraux. Et leurs études vont porter principalement sur le problème de l'hérédité de cette prédisposition. Nous les retrouverons un peu plus loin.

II

Sur la constitution psychique, c'est-à-dire sur l'intelligence et le caractère, nos devanciers firent des observations tout aussi précises.

Ils s'y trouvaient portés par la conception spéciale qu'ils avaient de l'Homme. A l'imitation des Anciens, ils croyaient à des liens très intimes entre la structure du corps et l'activité psy-

1. MOREL, *Etudes cliniques*, t. II, p. 381.

2. Les quatre Tempéraments des Anciens (*Gazette médic. de France*, 1932, n° 4 et 6).

chique (1). Ainsi LUNIER, après avoir décrit les principaux traits du tempérament sanguin, ajoute aussitôt : « Les sujets de cette « catégorie ont un caractère en rapport avec cette constitution « physique... »

Dans son *Traité*, BAYLE ne manque pas de relever chez ses malades les particularités de l'intelligence et du caractère.

« L'état de l'intelligence, consigne-t-il dans ses conclusions, « ne paraît pas exercer d'influence sensible sur le développement « de la méningite chronique. La plupart des malades n'avaient « rien dans leurs facultés intellectuelles qui les distinguât des « autres hommes... Le plus grand nombre jouissaient, avant de « tomber malades, de la plénitude de leur raison et ne présen- « taient point les bizarreries et les singularités qui ne sont pas « rares dans les idées des individus qui, plus tard, doivent être « atteints des autres espèces d'aliénations mentales. »

« Mais, ajoute-t-il, il n'en est pas de même du caractère, qui « paraît évidemment prédisposer à la maladie qui nous occupe. « La plupart des individus qui en ont été atteints étaient vifs, « fougueux, colères, emportés, et souvent même très vio- « lents (2) ».

Il signale aussi la tendance qu'ont ces sujets à commettre des excès de toutes sortes, et particulièrement des excès bachiques et des excès vénériens.

Ces traits particuliers du caractère ont été souvent indiqués. Nous les avons trouvés notamment dans les écrits de LUNIER, de MOREAU DE TOURS, de J. FALRET. Par exemple, selon ce dernier « les paralytiques généraux qui se présentent dès le début « de leur affection sous la forme expansive, ont été ordinaire- « ment pendant toute leur vie des hommes actifs, entrepre- « nants, téméraires, joignant une grande bienveillance à un « caractère irritable et violent par boutades (3). »

1. Cf. sur ce point II^e partie, c^b. III, Tempéraments. Ce qui y est dit sur la corrélation des aspects du tempérament.

2. A. L. J. BAYLE, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, 1826, p. 405.

3. J. FALRET, *Études sur les maladies mentales et nerveuses*, p. 250.

En ce qui concerne les facultés intellectuelles, le plus grand nombre des aliénistes ont, après BAYLE, constaté qu'elles étaient intactes avant les premières atteintes de la maladie. Ils ont fait aussi cette remarque que la paralysie générale est rare chez les individus mentalement tarés ou ayant présenté antérieurement des troubles vésaniques. Nous trouvons cette opinion exprimée par MOREL, DELAYE, REQUIN, MOREAU DE TOURS, DOUTREBENTE, BAILLARGER, J. P. FALRET. Ceux-ci ne rencontrent tout d'abord que peu de contradicteurs. Mais laissons passer quelques années, et la doctrine des dégénérescences formulée par MOREL va diviser sur ce point les aliénistes en deux camps opposés. Les uns, suivant l'exemple des grands noms que nous venons de citer, continuent de soutenir que la paralysie générale frappe de préférence les individus intellectuellement normaux, et qu'elle épargne ordinairement les imbéciles. Les autres affirment l'opinion contraire, et consignent dans leurs observations de fréquentes tares intellectuelles.

Comme cette question se rattache au problème beaucoup plus vaste de l'hérédité, nous ne faisons ici qu'en signaler l'intérêt, et nous allons la développer en détail dans les pages qui suivent.

III

Cette prédisposition de certains sujets à la paralysie générale est-elle acquise par eux ou héritée de leurs parents ? La solution donnée à ce problème entraîne des conséquences importantes, tant pour la doctrine que pour la pratique. Aussi, la plupart des auteurs se sont-ils préoccupés de la découvrir.

Avant MOREL, la fréquence et l'importance de l'hérédité comme facteur étiologique de la paralysie générale ne sont mises en doute par personne.

BAYLE écrit :

« Près de la moitié des malades que nous avons observés
« avaient eu des parents plus ou moins rapprochés atteints de
« la même maladie, ou d'apoplexie, de paralysie, de manie,

« de démence, de mélancolie, de penchant au suicide (1). »

Pour CALMEIL :

« L'hérédité semble jouer un rôle assez important dans la production de cette affection. Il n'est pas rare en effet de rencontrer dans la famille de ceux qui en sont atteints des individus « qui ont été affectés de paralysie, de démence, ou de l'une ou « l'autre des différentes formes d'aliénation (2) » et, ailleurs : « plus d'un quart des paralytiques comptaient dans leurs parents des mélancoliques, des maniaques, des déments, des « hémiplegiques, des épileptiques, des sujets atteints d'encéphalite (3). »

MARCÉ se demande même si l'évaluation de CALMEIL n'est pas au-dessous de la réalité. Selon lui « la folie et la paralysie « générale sont bien les rameaux d'une même famille, car, parmi « les parents de paralytiques, on rencontre indifféremment, non « seulement des paralytiques, mais encore des maniaques, des « mélancoliques, des monomaniaques ou des épileptiques, qui « se succèdent d'une génération à l'autre, en se transmettant « des aptitudes au fond identiques (4). »

Mais, à l'époque où ces auteurs écrivaient, les recherches sur l'hérédité de la folie n'étaient pas conduites d'une manière systématique. Il était réservé à MOREL d'ouvrir cette voie féconde par ses beaux travaux sur les Dégénérescences. Quand ce médecin eut montré l'importance de l'hérédité, qui accumule les tares, et conduit certaines variétés de l'espèce humaine à une dégradation physique et morale progressive, on scruta avec une attention particulière la généalogie des aliénés, et l'on s'efforça de classer les diverses affections mentales selon la nature des prédispositions héréditaires qui s'y rencontrent.

Dès lors, des dissidences se produisent, non pas sur le fait même de l'hérédité, mais sur la *nature* de cette hérédité. Si quelques auteurs considèrent, à la suite de MARCÉ, qu'il ne faut

1. *Loco citato*, p. 407.

2. CALMEIL, De la Paralysie considérée chez les aliénés, p. 371.

3. CALMEIL, Article PG du dictionnaire en 30 volumes.

4. Cité par MARANDON de MONTYEL, De la marche de la P. G. chez les héréditaires (*Ann. Méd. Psych.*, 1878).

pas séparer la paralysie générale des autres formes d'aliénation, et prétendent que la dégénérescence morélieenne marque de son sceau les familles où s'observe cette affection, par contre, un grand nombre se refusent à admettre que les tares vésaniques héréditaires puissent prédisposer à la paralysie générale.

En tête de ces derniers se place LUNIER, qui avait exprimé, déjà avant MOREL, une conviction très précise sur ce point :

« Nous croyons, disait-il, que la prédisposition héréditaire
« ne présente pas dans cette maladie les mêmes conditions que
« dans la folie. Dans la parenté des aliénés, on rencontre bien,
« il est vrai, des paralytiques, des hémiplegiques, des déments,
« mais on y trouve surtout des aliénés ; tandis que dans la pa-
« renté des paralytiques, on rencontre principalement des indi-
« vidus morts d'apoplexie ou de paralysie, des épileptiques, des
« déments (1). »

MOREL est plus affirmatif encore. Dans son *Traité*, il remarque que « la paralysie générale frappe souvent les individus les
« moins prédisposés à l'aliénation, par l'hérédité au moins, car
« il est une foule d'individus qui puisent dans leur propre tem-
« pérament et dans des causes inhérentes à leur manière de vivre
« la prédisposition à la périencéphalite (2). »

Il ajoute que, dans toute sa carrière, il n'a observé qu'une seule fois le délire des grandeurs de la paralysie générale chez un imbécile.

DOUTREBENTE abonde dans le même sens. Selon lui, la paralysie générale « n'est pas héréditaire, du moins à la façon de la
« folie, et ne se rencontre pas habituellement dans les familles
« entachées d'hérédité morbide spéciale à la folie. Elle a, il est vrai,
« une hérédité spéciale, une hérédité de tempérament (LUNIER).
« Mais cette hérédité normale et non morbide n'a rien de fatal,
« et, dans les familles où elle se produit dans plusieurs généra-
« tions, on n'observe rien de comparable aux dégénérescences
« si bien étudiées et décrites par MOREL (3). »

1. *Loco citato*, p. 204.

2. MOREL, *Traité des maladies mentales*, p. 584, note.

3. DOUTREBENTE, Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la P. G. P. (*Ann. Méd. Psych.*, 1878, t. I, p. 166).

Et il ajoute : « nous avons déjà dit qu'une espèce d'immunité « semblait accordée à la folie contre les éventualités d'une paralysie générale future ».

Cette hérédité spéciale, liée au tempérament, dont parlent LUNIER, MOREL et DOUTREBENTE, ce n'est autre que l'hérédité congestive évoquée dans les pages qui précèdent. Elle est confondue bientôt avec l'arthritisme, et on la considère généralement comme prédisposant à toutes les affections du cerveau où les troubles vasculaires jouent un rôle important : l'hémorragie, le ramollissement, les démences organiques et certaines épilepsies.

Pour les auteurs dont nous examinons l'opinion, toutes les causes susceptibles d'entretenir des processus congestifs et des lésions dans le cerveau des sujets prédisposés pourront engendrer l'une ou l'autre des affections citées, et en particulier la paralysie générale.

MAGNAN, RÉGIS, CHARPENTIER se prononcent à leur tour en faveur de l'hérédité congestive contre l'hérédité dégénérative. MAGNAN reproduit l'opinion déjà exprimée par MOREL sur la rareté de la méningo-encéphalite chez les dégénérés. CHARPENTIER croit considérable l'importance de la diathèse congestive (1). BALL et RÉGIS font une étude comparée des familles de 100 paralytiques, de 100 individus normaux et de 100 vésaniques. Ils concluent de cette étude que les familles des paralytiques se distinguent nettement des familles normales et des familles vésaniques. D'une part, on y rencontre un bien plus grand nombre d'affections cérébrales que dans les deux autres groupes, et d'autre part, les cas de folie qu'on y trouve sont en petit nombre en comparaison de ceux qui s'observent dans la parenté des vésaniques. Ces auteurs disent n'avoir rencontré que 4 aliénés sur les 1.565 membres des 100 familles de paralytiques généraux, tandis que le nombre des sujets atteints de maladies organiques du cerveau s'y élevait à 143. Et ils concluent comme DOUTREBENTE :

« La paralysie générale n'est pas une folie, parce qu'elle ne « naît pas de la folie et n'engendre pas la folie, — et parce que,

1. CHARPENTIER, *Ann. Méd. Psych.*, 1887, t. I, p. 289,

« comme les maladies cérébrales, elle naît de maladies cérébrales
« et en engendre (1). »

Dans la thèse d'un de ses élèves, AUCHIER, RÉGIS s'élève contre l'opinion de ceux qui trouvent avec une grande fréquence les stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence chez les paralytiques généraux (2).

Vers l'époque où écrivent les auteurs que nous venons de citer (1880), est émise une notion nouvelle qui fait rapidement son chemin, d'abord à l'étranger, puis en France ; c'est celle de l'importance de la syphilis comme cause productrice de paralysie générale. Cette notion est accueillie avec empressement par les auteurs qui nient l'action de la prédisposition dégénérative, et qui considèrent la paralysie générale comme la plus individuelle des maladies, la diathèse congestive ayant sur sa production une influence favorisante, mais non nécessaire. Et tous ceux qui, avec RÉGIS, s'efforcent d'opposer cette affection aux formes vésaniques héréditaires, donnent à la syphilis une part prépondérante dans sa genèse. ORCHANSKY fait au Congrès de Moscou une communication sur « l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions du système nerveux chez les syphilitiques (3) ». PILCZ, utilisant les données de la Clinique du professeur WAGNER von JAUREG, trouve que les paralytiques généraux, comparés aux dégénérés à tendance criminelle, présentent très peu de stigmates de dégénérescence (4). Et WAGNER von JAUREG lui-même discute pour les réfuter les critiques adressées par NAECKE au travail de son élève. Pour TSCHISCH, la « vraie cause de la paralysie générale » n'est pas l'hérédité mais la syphilis (5).

1. B. BALL et E. RÉGIS, Les familles des aliénés au point de vue biologique, Contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales (*L'Encéphale*, 1883, p. 401-433).

2. F. AUCHIER, Contribution à l'étude des rapports de la P. G. P. et de la dégénérescence. Thèse Bordeaux, 1901.

3. ORCHANSKY, De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions du système nerveux chez les syphilitiques (Congrès de Moscou, 1897).

4. PILCZ, Ueber Beziehungen zwischen Paralyse und Degeneration (*Monatsch. f. Psych. und Neur.*, 1899, t. VI, p. 1).

5. TSCHISCH VLADIMIR, La vraie cause de la P. G. (Congrès de Paris, 1900)

Un grand nombre de faits viennent à l'appui de l'opinion précédente. Toutefois il faut se garder de négliger, par un besoin excessif de généralisation, les faits qui lui sont contraires. DOUTREBENTE, et, après lui, BALL et RÉGIS, puis GILBERT BALLE, ne surent pas, selon nous, éviter ce travers. Le premier va jusqu'à affirmer que la paralysie générale « se développe de préférence chez des gens sains de corps et d'esprit, qui, par la vigueur de leur constitution physique et morale, paraissaient « défier les coups de la maladie. »

Et, en accord avec de telles prémisses, il tire cette conclusion que si les hygiénistes, se préoccupant du problème de la dégénérescence « auront à proposer, comme mesure prophylactique, le célibat des êtres capables de faire souche d'aliénés, d'idiots et de dégénérés, ils n'auront rien à craindre des paralytiques généraux et de leurs descendants. »

BALL et RÉGIS expriment la même opinion ; pour eux « la « paralysie générale est une maladie qui frappe les natures « supérieures, celles qui, sous bien des rapports, sont les mieux « organisées. »

Et RÉGIS donne hardiment son approbation médicale à l'union d'un descendant de paralytique, en rejetant d'une manière formelle la possibilité d'un trouble mental ultérieur chez celui-ci. De son côté, Gilbert BALLE, prenant la parole dans une discussion à la Société médico-psychologique, déclare qu'il n'hésiterait pas à accepter pour son gendre le fils d'un paralytique général, surtout s'il était né avant l'éclosion de la maladie du père.

Les auteurs qui, contre les précédents, ont soutenu l'existence d'une prédisposition dégénérative chez les paralytiques généraux, ne sont pas moins nombreux ni moins éloquents.

Le premier, MARANDON DE MONTYEL s'élève contre l'opinion professée dans sa thèse par DOUTREBENTE (1). Pour lui, la paralysie générale obéit comme les vésanies à la loi d'hérédité. Folie

1. E. MARANDON de MONTYEL, De la marche de la P. G. P. chez les héréditaires (*Ann. Méd. Psych.*, 1878, t. II, p. 333).

paralytique et folie névrosique sont, comme l'affirmait MARCÉ, les deux rameaux d'une même famille. Selon FOVILLE et selon CHRISTIAN, il ne faut pas rechercher à la maladie de BAYLE une autre cause que l'hérédité vésanique. La parenté des vésanies et des névroses avec cette affection est admise aussi par DAGONET, CULLERRE, A. VOISIN, FÉRÉ, F. RAYMOND. VIALLO, au Congrès de Moscou, abonde dans le même sens, et il professe que les enfants des paralytiques héritent eux aussi de tares vésaniques et nerveuses.

ROGUES DE FURSAC, disciple de JOFFROY, recherche dans sa thèse quelle est la fréquence des stigmates physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux, et, d'une statistique de 150 cas — renfermant un nombre égal de paralytiques, de vésaniques et de sujets normaux — il conclut à la rareté de ces stigmates chez les sujets sains, à leur fréquence égale chez les deux autres groupes. Peu d'années après, il affirme à nouveau sa conviction que la méningo-encéphalite doit être rapportée à l'hérédité névropathique, comme le pense JOFFROY, non à l'hérédité organique, suivant l'opinion de BALL et RÉGIS (1).

A la même époque, cette question est l'objet d'une série de travaux qui tendent à confirmer les conclusions de JOFFROY et de ROGUES DE FURSAC : thèse de MARIANI (2) et publication d'AMELINE (3) en France ; travail de FUNAÏOLI en Italie. Mais surtout publications nombreuses de NAECKE en Allemagne ; dans un premier travail très documenté (4), cet auteur relève chez les paralytiques généraux la fréquence très grande des stigmates de dégénérescence ; au cours de la même année (5), il répond à PILCZ en maintenant ses conclusions antérieures ;

1. ROGUES DE FURSAC, Des stigmates physiques de dégénérescence chez les P. G. (*Manuel de Psychiatrie*, 1903, p. 245) (Thèse Paris, 1899).

2. J. MARIANI, Contribution à l'étude de l'hérédité chez les P. G. (Thèse Paris, 1899).

3. AMELINE, De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la P. G. (*Soc. Méd. Psych.*, 26 mars 1900).

4. NAECKE, Die sogenannten ausseren Degenerations zeichen bei der p. P. des Mannes (*Allg. Zeitschr. f. Psych.*, févr. 1899).

5. NAECKE, Dementia paralytica und Degeneration (*Neurologisches Centralblatt*, 15 déc. 1899).

enfin, il revient à deux autres reprises sur ce sujet (1), affirmant chaque fois sa conviction qu'on ne peut être atteint de paralysie générale qu'à la faveur d'une fragilité spéciale du cerveau liée à une tare héréditaire.

Toutefois, nous devons mentionner qu'un certain revirement s'est produit dans l'opinion d'un des principaux défenseurs de la doctrine précédente. ROGUES DE FURSAC s'est en effet livré, avec la collaboration de GÉNIL-PERRIN, à une étude statistique sur les antécédents héréditaires de 1.200 malades, dont un quart de paralytiques généraux. Il trouve bien, comme auparavant, les tares héréditaires très fréquentes dans l'ascendance de ces derniers malades, mais il remarque qu'elles y sont moins « accumulées » que chez les vésaniques et qu'elles se rapportent très souvent à la diathèse congestive (2).

Dans ce travail, ROGUES DE FURSAC n'est pas loin d'une opinion éclectique, que nous avons trouvé exprimée d'autre part dans la thèse d'agrégation de DÉJERINE (3), dans un ouvrage de MAIRET et VIRES (4), dans la thèse d'ARNAUD (1888) et dans un article de BÉCHET (5).

DÉJERINE s'élève contre l'opinion, à son avis abusive, qu'a énoncée RÉGIS. Il pense que si l'hérédité congestive est fréquente chez les paralytiques généraux, l'hérédité névropathique n'y est cependant pas exceptionnelle. ARNAUD, dans une enquête sur 60 paralytiques, a trouvé 18 fois des tares vésaniques héréditaires, et les 18 familles en question renfermaient 29 vésaniques. BÉCHET, de son côté, examine 40 familles selon la méthode employée par BALL et RÉGIS, et, dans ses conclusions, il

1. NAECKE, Die Rolle der erblichen Belastung bei der progressiven Paralyse der Irren (*Neur. Centralblatt*, 15 août 1900); Vererbung und Veranlagung oder Degeneration bei der prog. Paralyse (*Archiv. f. Psych.*, 1906, f. 41).

2. ROGUES DE FURSAC et GENIL PERRIN, Etude statistique sur les antécédents héréditaires des P. G. (*Ann. M. Psych.*, juin et juillet 1913, p. 5-20).

3. DÉJERINE, De l'hérédité dans les affections du système nerveux (1886, p. 171).

4. MAIRET et VIRES, De la P. G. Etiologie. Pathogénie. Traitement. 1 vol. chez Masson.

5. Gaston BÉCHET, Conditions biologiques des familles de P. G. (*Arch. de Neurol.*, févr. 1900, t. I, p. 121-132).

se refuse à séparer radicalement la paralysie générale des vésanies, comme l'ont fait ces deux auteurs.

Pour apporter quelque clarté dans cette question, certains médecins — plutôt que d'admettre que l'hérédité congestive et l'hérédité névropathique puissent combiner leurs effets chez le même sujet — ont supposé qu'elles agissaient séparément, et ils se sont efforcés de distinguer plusieurs formes à la paralysie générale suivant que l'affection relève de la diathèse congestive ou qu'elle est due à la dégénérescence. Ils ont été amenés à indiquer certains caractères cliniques qui permettraient de reconnaître dans chaque cas la nature spéciale de la prédisposition. C'est ainsi que, selon DOUTREBENTE, MOREL et Jules FALRET, lorsqu'il existe une tare dégénérative, la paralysie générale affecterait une marche plus lente et souvent interrompue par des rémissions.

D'autres sont allés plus loin, mais peut-être se cache-t-il dans leur opinion un goût excessif pour la schématisation ! Vraisemblablement influencés par la doctrine de BAILLARGER, — qui voyait dans la paralysie générale deux affections distinctes et dans une certaine mesure indépendantes l'une de l'autre, la démence paralytique, la folie paralytique — ils ont voulu assigner à chacune de ces deux affections une prédisposition héréditaire différente. Si l'hérédité congestive est seule en cause, la maladie se présenterait comme une démence paralytique simple, tandis que si l'on constate des tares vésaniques dans la parenté, la démence se compliquerait de délire. MAGNAN, croyons-nous, a le premier formulé cette opinion dans un cours professé en 1880 (1) ; selon lui, le délire ne se rencontrerait que chez les individus « qui seraient probablement devenus déli-rants alors même qu'ils ne seraient point devenus paralytiques ». Dans la suite, la même opinion a été exprimée par SAUTON en 1883 (2), GAGNEROT en 1893 (3), FILASSIER en 1910 (4). Tout

1. MAGNAN, De la P. G. Leçon faite à Sainte-Anne et publiée dans la *Tribune médicale*, n^{os} du 29 févr. et du 7 mars 1880.

2. SAUTON, De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la P. G. (Thèse Paris, 1883).

3. GAGNEROT, De la prédisposition dans la P. G. (Thèse Paris, 1893).

4. FILASSIER, Des diverses formes de la P. G. suivant le degré de prédisposition du sujet (*Ann. Méd. Psych.*, 1910, p. 434).

récemment encore, un auteur allemand SCHNEIDER (1) aboutit aux mêmes conclusions dans un travail sur 157 cas de formes atypiques de paralysie générale. Collationnant les antécédents héréditaires de ses malades, il conclut que l'évolution atypique de la paralysie est due à l'influence d'une prédisposition dégénérative spéciale des ascendants. Les formes hallucinatoires s'observeraient dans les familles d'alcooliques, les formes dépressives en cas de penchant héréditaire au suicide, et les formes fixées quand il y a des parents apoplectiques ou atteints de démence sénile.

* * *

Si la question de la prédisposition constitutionnelle à la paralysie générale avait passionné l'opinion des milieux psychiatriques au XIX^e siècle, par contre elle n'éveille plus le même intérêt chez nos contemporains. L'extrême importance accordée à la syphilis comme facteur étiologique de la maladie qui nous occupe en est sans doute la cause.

Toutefois, quelques années à peine se sont écoulées depuis les controverses dont nous nous sommes faits l'écho, et voici que le débat se rouvre. Fait singulier et bien digne d'être mentionné : alors que, jadis, ce sont les auteurs français qui avaient pris la plus large part dans la dispute, c'est aujourd'hui à l'étranger que les principales recherches sont conduites, notamment sous l'impulsion énergique donnée par KRETSCHMER à la science des Constitutions. Comme il arrive souvent, reprenant ce vieux problème sur des bases neuves, les auteurs qui s'y sont attaqués ont cru être les premiers à le faire, et de l'œuvre de leurs devanciers, ils ne font aucune mention (2).

1. ERICH SCHNEIDER, Ueber erbliche Belastung bei atypischen Paralyisen (*Z. f. g. N. und P.*, 1925, p. 770).

2. Avant la période que nous étudions, on ne trouve formulée chez les auteurs étrangers aucune opinion précise sur la question. NI GRIÉSINGER, NI SCHUELE, NI KRAFFT-EBING, NI MENDEL, dans leurs Traités, ne se préoccupent de la Constitution des paralytiques généraux.

Même, à notre époque, il est curieux de noter que les enquêtes entreprises par les auteurs que nous allons citer demeurent lettre morte pour beaucoup de

En 1912, Richard STERN, précurseur de KRETSCHMER, étudie dans un Mémoire fait à la Clinique de Noorden la constitution physique des tabétiques et des paralytiques. Tandis qu'il trouve dans 50 % des cas de tabes la constitution asthénique de STILLER, il note chez les paralytiques généraux une « stature adipeuse et musculo-adipeuse » 9 fois sur 17 cas (1).

En 1924, KRETSCHMER publie ses premiers travaux sur les relations entre la structure du corps et la prédisposition aux diverses affections mentales. Préoccupé surtout de déterminer les corrélations des psychoses qu'il considère comme constitutionnelles et de l'habitus morphologique des individus, il n'aborde pas l'examen des paralytiques généraux. Mais il fait école, et désormais, c'est en s'inspirant de ses schémas typologiques que divers auteurs vont étudier la constitution des paralytiques.

Dans un ouvrage paru en 1925, KROLL écrit que les asthéniques et les displasiques sont exposés au tabes, tandis que la paralysie générale s'observe avec une plus grande fréquence chez les pikniques que chez les autres types (2).

L'année suivante, GRUNDLER, se livrant dans l'Allemagne centrale à l'examen de la constitution de 80 paralytiques, formule ainsi ses résultats. La constitution piknique s'est trouvée chez 16 malades, dont 13 sont affectés d'une forme maniaco-dépressive, 2 d'une forme schizophrénique, 1 d'une démence simple. Les constitutions asthénique, athlétique et dysplasique se sont rencontrées chez 63 malades dont 44 ont une forme schizophrénique, 17 une forme démentielle, et deux une forme difficile à caractériser. Le même pourcentage de types constitutionnels s'observant, selon GRUNDLER, dans les groupes de malades atteints d'une affection distincte de la paralysie générale,

leurs compatriotes. Ainsi MEGGENDORFER, dans un article important paru en 1921, se borne à mentionner l'importance de l'artério-sclérose héréditaire d'après les Français. Et, dans le très récent traité de Bumke, A. HAUPTMANN, accordant quelques lignes à cette question, cite MEGGENDORFER, mais passe complètement sous silence les travaux dont nous allons parler.

1. R. STERN, Ueber körperliche Kennzeichen der Disposition zur tabes, 1912 (*Leipzig-Wien*).

2. KROLL, Die neuro pathologischen Syndrome. Julius Springer, 1925.

cet auteur conclut de ses recherches que l'examen morphologique ne permet pas de déceler une prédisposition spéciale à la méningo-encéphalite, mais que, par contre, il existe des relations très étroites entre la constitution physique du malade et la forme clinique particulière que la maladie prend chez lui (1). Dans le cours de notre étude, nous reviendrons en détail sur cette interprétation juste d'une statistique qui ne nous semble pas correspondre à la proportion habituelle des cas. Contentons-nous de remarquer que d'autres auteurs aboutissent à des conclusions différentes de celles de GRUNDLER.

Ainsi FRIEDMAN, complétant les schémas de KRETSCHMER par les données anthropométriques de MARTIN et BREITMANN, étudie 106 paralytiques, et, dans 79 % des cas, il note dans leur aspect morphologique des composantes pikniques (2).

Pour GOZZANO MARIO, qui utilise la méthode de KRETSCHMER corrigée par celle de VIOLA, la constitution morphologique est intimement liée au tableau clinique, comme l'affirme GRUNDLER, mais il ne dit pas aussi nettement que cet auteur si, oui ou non, on trouve dans cette constitution les éléments d'une prédisposition à la paralysie générale (3).

Plus récemment, un autre auteur italien U. POPPI, comparant, par la méthode de Viola, des tabétiques et des paralytiques, tire de ses recherches la conclusion qu'il existe à l'origine du tabes et de la paralysie générale un facteur constitutionnel important (4).

Dans un travail récent sur la question des types constitutionnels dans le tabes, A. STIER exprime la même opinion que les auteurs précédents, avec quelques nuances particulières cependant. Il considère que les tabétiques, étudiés statistiquement, n'ont pas une organisation différente des sujets normaux.

1. GRUNDLER, Konstitutions untersuchungen an Paralytischen (*Monatsschr. f. Psych. u. Neur.*, Bd. 61, p. 283-290, 1926).

2. FRIEDMAN, Ueber die Konstitution bei progressive Paralyse (*Obozrenie psichiatruii nevrologii ireslecksologie*. Russie, 1927, p. 131-141).

3. GOZZANO MARIO, Sui rapporti fra costituzione morfologica e forma clinica nelle paralisi progressiva (*Riv. speriment. di freniatr., arch. ital. per le mal. nerv. e ment.*, 1927, p. 93-114).

4. U. POPPI, Il fattore costituzionale nella predisposizione alla tabe e alla paralisi progressiva (*Il Cervello*, mars 1930, p. 95-103).

Par contre, il observe que le type piknique est prédominant chez les paralytiques généraux (36 %), chez les tabo-paralytiques (38 %) et surtout chez les sujets atteints de tabes amaurotique (13 pikniques sur 18 cas) (1).

Cette enquête, à dessein très succincte, nous révèle que le problème d'une prédisposition constitutionnelle à la paralysie générale n'a jamais cessé d'être posé. Mais selon les époques et les idées régnantes, il a été formulé de différentes manières. Aussi ne saisit-on pas nettement, tout d'abord, sous la diversité des formules, la parenté des points de vue où se sont placés les chercheurs. Aucune comparaison ne peut-être établie, semble-t-il, entre les travaux des aliénistes français et ceux de l'école de KRETSCHMER.

Si pourtant leurs résultats correspondent aux faits, il doit être possible, en se dégageant des doctrines et des vocables en usage et en se reportant à l'observation des malades, il doit être possible, disons-nous, de s'élever à un point de vue supérieur qui les accorde, corrobore leurs résultats et les enrichisse d'aperçus nouveaux. On trouvera un essai dans ce sens aux chapitres qui vont suivre.

1. A. STIEF, Sur la question des types constitutionnels dans le tabes dorsalis (*Encéphale*).

PREMIÈRE PARTIE

EXPOSÉ DES FAITS

CHAPITRE PREMIER

MÉTHODE D'OBSERVATION

Notre observation personnelle a porté sur 98 malades atteints de paralysie générale. Le plus grand nombre de ces malades ont été observés dans le service des Chalets, que dirige à la Salpêtrière le Dr O. CROUZON. Les Chalets constituent, en même temps qu'un service ouvert, un centre de malariathérapie, et nous avons pu, grâce à cette particularité, y observer nos malades pendant une durée suffisamment longue. Les cas que nous relatons n'ont subi aucun triage, ils représentent tous les malades hospitalisés dans ce service durant l'année 1931 et le premier trimestre de 1932. Les quelques exceptions concernent, d'une part des paralytiques généraux qu'il nous a été donné de voir en 1929 et en 1930 dans le même service, d'autre part quelques malades observés dans les services du Dr Cl. VURPAS à la Salpêtrière, du Dr LEROY à Sainte-Anne, du Dr RODIER à Ville-Evrard et du Dr H. BARUK à Charenton. Pour ceux-ci, nous n'avons pas non plus trié les cas qui se présentaient, mais nous avons cependant retenu plus volontiers quelques mégalo-manes, quelques négateurs et quelques catatoniques. La statistique que l'on pourrait tirer de nos observations dans le but de distribuer les formes cliniques selon leur fréquence serait donc exacte dans l'ensemble, à la condition de la corriger en diminuant de quelques unités le nombre des cas spéciaux que nous venons d'indiquer (1).

1. En réalité, notre observation a porté, non seulement sur des paralytiques généraux, mais encore sur des malades atteints d'autres affections, en particulier d'affections mentales. Ces derniers figurent dans la 2^e partie de notre tra-

Notre but étant d'analyser la constitution physique des malades affectés de paralysie générale, nous avons recueilli toutes nos observations en partie double :

En premier lieu figurent les éléments symptomatiques sur lesquels le diagnostic de paralysie générale a été porté (A).

En second lieu sont rapportés les résultats de l'examen typologique pratiqué sur les malades (B).

A

Dans l'observation neuro-psychiatrique, nous avons mis au premier plan les trois éléments cardinaux du syndrome d'émence paralytique, c'est-à-dire :

Les signes qui traduisent l'affaiblissement intellectuel progressif et général.

Les signes ataxiques et paralytiques, particulièrement la dysarthrie qui est, par sa précocité, le plus important de tous ces signes (1).

En troisième lieu ces caractères spéciaux du liquide céphalo-rachidien qui témoignent de l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse.

Pour être certains de n'avoir pas introduit des cas litigieux dans notre étude, nous n'avons porté le diagnostic de paralysie générale que chez les sujets se présentant à notre observation avec cette triade significative.

Nous avons placé au second plan du tableau clinique les autres signes de la paralysie générale, encore que, parmi ces derniers, quelques-uns puissent en apparence dominer la scène. C'est ainsi que souvent, les attaques congestives (ictus) ou les idées délirantes, se signalant d'une manière bruyante à l'observation, conduisent à dépister la maladie à son début. Mais

vail, où ils servent d'éléments de comparaison, et nous permettent, par rapprochements et par oppositions, de définir avec plus d'exactitude les caractères de la prédisposition à la paralysie générale.

1. Suivant en cela l'enseignement de notre maître, le D^r VURPAS, nous avons attaché aussi une très grande importance au *masque paralytique*. Ce signe trop peu connu nous a permis dans quelques cas un dépistage précoce (cf. Obs. 28).

qu'on ne s'y trompe pas : bien moins que leur présence, ce sont les conditions particulières dans lesquelles ces symptômes se produisent qui permettent de fonder sur eux le diagnostic. Ainsi, lorsque les attaques congestives signalent le début d'une paralysie générale, elles laissent à leur suite un certain degré d'affaiblissement intellectuel et d'embarras de la parole, qui constituent pour elles en quelque sorte une marque d'origine. De même, les idées délirantes ne sont pas ici d'une nature différente de celles qu'on observe dans les autres aliénations : ce qui les rend pathognomoniques de la maladie de BAYLE, c'est qu'elles portent dans leur mobilité, leur absurdité et leur incohérence le cachet démentiel, ainsi que J. FALRET l'a montré. C'est donc bien, comme nous le disions en débutant, sur l'affaiblissement démentiel qu'il faut faire reposer le diagnostic de la paralysie générale.

La constatation d'un délire et l'aspect particulier que celui-ci revêt n'en sont pas moins d'un très grand intérêt, car ils servent à distinguer entre elles les diverses variétés de la maladie.

Certaines paralysies générales se présentent en effet dès leur début avec des idées délirantes qui frappent l'attention, comme nous l'avons dit, et conduisent très tôt le malade au médecin. Ces idées sont de nature très diverses.

Tantôt elles sont expansives et constituent le délire des grandeurs, classique depuis la description de BAYLE. Tantôt elles sont dépressives : idées de culpabilité, idées d'auto-accusation, idées de préjudice, idées de ruine, idées hypocondriaques ; ces dernières sont particulièrement fréquentes sous la forme d'idées de négation corporelle, comme BAILLARGER l'a montré le premier.

D'autres variétés de la paralysie générale s'accompagnent d'hallucinations visuelles, auditives ou cénesthésiques ; quelques-unes d'entre ces formes sensorielles se rattachent aux formes dépressives, d'autres paraissent imputables à l'intoxication alcoolique surajoutée.

Il se rencontre aussi dans cette affection des états très diffé-

rents des précédents, et qui simulent parfois à s'y méprendre certaines formes de démence précoce, soit la forme paranoïde, soit plus souvent encore la forme catatonique de cette maladie. Nous avons pu en recueillir quelques exemples et nous les avons longuement étudiés.

Le plus grand nombre des cas de maladie de Bayle, cependant, ne se présentent pas avec une telle richesse de symptômes ; ils se réduisent à un état de démence plus ou moins prononcé : ce sont les paralysies générales sans délire. Toutefois on observe dans ces formes une certaine tonalité affective qui est tantôt l'euphorie, tantôt la dysphorie. C'est en quelque sorte le fonds des formes précédentes, mais sans le relief que dessine en celles-ci le délire. Par là, nous sommes fondés à rapprocher ces formes des paralysies générales expansives ou dépressives étudiées ci-dessus, selon le signe de leur tonalité affective. Ce rapprochement est d'autant plus légitime que, du fonds d'affaiblissement démentiel, on peut voir surgir d'une manière atténuée et transitoire quelques idées délirantes, réalisant des variétés de la maladie intermédiaires aux formes démentielles simples et aux formes avec délire.

En dernier lieu, nous exposons quelques observations où la paralysie s'est compliquée d'un tabes, cette complication, comme l'on sait, modifiant beaucoup le cours de l'affection initiale.

B

Le diagnostic de paralysie générale étant dans chaque cas établi sur des bases précises, nous nous sommes appliqués à l'étude de la constitution physique des malades atteints de cette affection.

Faisons sur cette étude deux remarques préalables.

La première concerne le sens et l'étendue que nous avons donnés au mot *Constitution*. Nous concevons celle-ci au sens le plus large, et, à l'imitation des Anciens, nous pensons qu'on ne peut légitimement séparer les divers « Aspects » de l'Homme, car des liens très intimes les réunissent. En accord avec cette pensée

directrice, nous avons fait porter notre investigation aussi bien sur l'habitus extérieur des malades que sur leurs fonctions, tant psychiques que somatiques.

D'autre part, et c'est là notre seconde remarque, notre intention n'est pas d'envisager sous le titre de constitution physique des paralytiques généraux les altérations que cette maladie est susceptible d'apporter dans les fonctions et dans l'habitus extérieur ; mais bien d'étudier l'état du sujet prédisposé avant toute atteinte morbide, autrement dit d'étudier l'ensemble des conditions individuelles qui préexistent à toute lésion méningo-encéphalique et qui peuvent être considérées comme favorisant le développement de cette lésion, si l'on admet, avec nous, qu'une certaine complicité de l'organisme soit nécessaire.

La distinction a son importance, car l'individu malade peut être très différent de ce qu'il était, bien portant. Il ne faut pas croire en effet que la constitution d'un individu reste immuable de sa naissance à sa mort. La forme du corps et ses fonctions se modifient peu à peu, à la fois sous l'impulsion héréditaire et sous les influences du milieu. Si bien qu'en tous les points de sa « courbe évolutive », l'individu représente une sorte de compromis entre les forces innées qui l'animent et les actions de son ambiance. Chez les uns, cette évolution se fait régulièrement et sans à-coup ; à toutes les phases de leur existence, de tels sujets restent semblables à eux-mêmes. Chez les autres, cette évolution est irrégulière ; certaines phases sont marquées par de brusques changements dans la forme et dans les fonctions, et parfois la rupture d'équilibre est assez importante pour mériter le nom de Maladie.

La maladie est donc susceptible de modifier la constitution individuelle, mais elle ne la modifie pas également à tous les âges. Pendant la période de croissance, toutes les fonctions sont en voie de formation, tous les tissus sont malléables, et une affection, pour peu qu'elle prenne de la durée, est susceptible d'exercer sur ces fonctions et sur ces tissus une influence considérable. Qu'on évoque les modifications de la taille et de l'embonpoint qui surviennent parfois chez l'adolescent, par exem-

ple après une fièvre typhoïde ! La partie la plus stable du corps, son architecture : le squelette même se transforme dans ces conditions. Lorsqu'à cet âge la maladie prolonge son cours pendant plusieurs années, il est parfois très difficile de faire la part de ce qui revient à l'innéité et de ce qui revient aux actions pathologiques dans la constitution du sujet. Nous avons donné un exemple de cette difficulté dans une étude sur la constitution des tuberculeux pulmonaires (1).

Il n'en est pas de même lorsque la croissance est achevée. Forme et fonction se stabilisent, et la maladie ne produit plus en elles que des modifications limitées. Dans l'ordre morphologique en particulier, le squelette, qui détermine les proportions générales du corps, demeure immuable (2). Les parties molles (viscères, muscles, graisse, tégument) restent seules susceptibles de subir l'influence du milieu et des affections morbides. Chez un adulte atteint par la maladie, il sera donc toujours possible, par le seul examen, de diagnostiquer cette partie de la constitution morphologique qui est inscrite dans le squelette, mais on ne pourra rien préjuger de l'état des parties molles, car la maladie a pu les modifier (3).

Le moyen le plus sûr pour évaluer la constitution des prédisposés à la paralysie générale serait évidemment d'observer chaque sujet avant les premières atteintes de la maladie, ou tout au moins à la période tout à fait initiale de celle-ci. Mais on sait combien il est difficile de fixer une date au début de la

1. Dans les conclusions de cette étude (Idées anciennes et idées modernes sur la Constitution des tuberculeux. *Gaz. Hôp.*, 8 août 1931, n° 63), nous nous trouvons en présence de deux interprétations possibles. Ou bien les caractères morphologiques signalés réalisent une prédisposition à l'infection tuberculeuse, ou bien ils sont eux-mêmes le résultat des actions du bacille. La tuberculose pulmonaire débutant en effet, très souvent dans l'enfance, il n'est pas impossible que l'infection agissant sur la croissance, produise des altérations très importantes de la structure du corps.

2. Il faut bien entendu en excepter les traumatismes osseux, et certaines affections spontanées du squelette (par exemple maladie de Paget).

3. C'est le cas de la P. G., affection de l'adulte dans la grande majorité des observations. La forme juvénile de cette maladie poserait évidemment un problème plus complexe et il faudrait se demander si elle n'a pas modifié la structure profonde de l'organisme. Mais elle est rare, et nous n'en tiendrons pas compte dans notre étude.

paralysie générale. Les premiers signes manifestes de cette affection, ceux qui conduisent le malade au médecin, ont été souvent précédés d'une longue phase d'incubation presque silencieuse. On remarque bien que l'homme n'est plus le même, qu'il a changé tantôt au physique, tantôt au moral, mais comme sa conduite et son activité sont encore sensiblement normales, on ne s'inquiète pas, et il faut que se produisent des manifestations plus graves pour qu'on se préoccupe du changement survenu et qu'on pense à le rapporter à sa véritable cause.

Aussi, bien que le plus grand nombre de nos malades aient été observés au stade clinique initial de leur affection, avons-nous jugé qu'il était nécessaire dans chaque cas, pour établir complètement la formule de la constitution, de recourir à l'anamnèse en interrogeant les familles. Si en effet les médecins d'aujourd'hui ne prêtent pas beaucoup d'importance aux modifications de l'aspect extérieur — qu'ils consignent toutefois dans leurs observations sous l'étiquette de variations de l'embonpoint musculaire ou grasseux — par contre, ces modifications frappent l'attention des personnes non prévenues car elles ont un caractère concret et facilement appréciable. Il est donc possible, en questionnant l'entourage du malade, de se rendre compte d'une manière approchée si la morphologie du sujet a varié, dans quel sens et de combien.

Dans l'ordre des fonctions organiques et mentales, où la paralysie générale apporte des altérations importantes, l'enquête familiale est également indispensable pour juger de l'état antérieur.

Nous ne nous dissimulons pas les inconvénients d'une telle enquête, inconvénients qui se résument dans l'incertitude des renseignements obtenus. Toutefois nous pensons qu'on peut y obvier par un choix judicieux des questions posées et par une interprétation attentive des réponses. Il faut tout d'abord que l'enquête soit conduite dans tous les cas par le même observateur. En second lieu, pour guider l'interrogatoire, il est utile d'établir à l'avance un questionnaire méthodique. Mais remettre un tel questionnaire à la famille en lui demandant de le remplir

nous paraît être, dans l'ordre des choses qui nous occupent, un procédé défectueux. Mauvaise méthode également, celle qui consiste à poser soi-même les questions en suivant dans chaque cas l'ordre où elles sont écrites ; cette « taylorisation » ne donne selon nous rien de bon, car beaucoup de sujets sont instinctivement réfractaires à de telles enquêtes systématiques, ils dissimulent ou répondent sans bonne volonté. On obtient beaucoup plus dans une conversation amicale, que l'on guide sans en avoir l'air vers les points importants ; et au cours de laquelle la famille du malade se laisse aller spontanément à des confidences. Il faut aussi éveiller l'intérêt de l'interlocuteur en lui faisant sentir que, loin de procéder d'une vaine curiosité, les questions que nous lui posons sont destinées à nous permettre de mieux comprendre le « cas » et d'apporter une aide plus efficace. Il importe encore dans cet interrogatoire d'utiliser, non des termes scientifiques, mais des expressions familières et reçues de tout le monde, — et souvent, pour peu que le sujet semble hésiter dans sa réponse, il est nécessaire de définir par un exemple le sens exact de la question posée. Enfin il n'est pas inutile de dire que tant vaut l'homme interrogé, tant vaut sa réponse. Et nous n'avons retenu dans nos enquêtes que le témoignage des sujets qui nous ont paru dignes de foi et capables de comprendre nos questions.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur cette technique, d'autant plus qu'il est de nombreux cas d'espèce. Et, quittant le plan des généralités, nous allons aborder celui, plus concret, des trois aspects de la Constitution : l'aspect physio-pathologique, l'aspect psychologique, et l'aspect morphologique. Nous avons fait porter notre enquête sur chacun d'eux.

Sous l'étiquette d'*Aspect physio-pathologique*, nous avons compris — d'une part l'état des principales fonctions (nutritives, génitales, sensitivo-musculaires...) dans leur exercice habituel, — d'autre part les manifestations pathologiques de toutes espèces qui se sont produites antérieurement au développement de la paralysie générale. Il n'y a là rien d'essentiellement

différent de ce qu'on a coutume de rassembler dans les antécédents d'un malade.

Par *Aspect psychologique*, nous avons désigné à la fois les traits du Caractère et les Aptitudes intellectuelles. C'est dans ce domaine surtout que l'erreur règne en maîtresse et qu'il est le plus difficile de mener à bien l'interrogatoire des parents. Les questions doivent être concrètes, c'est-à-dire avoir trait à la conduite habituelle du sujet, que chacun peut observer juste s'il a quelque bon sens, — non à ses qualités supposées, sur lesquelles les erreurs les plus grossières sont commises par les familles. C'est ici encore que certains points de repère pris dans l'existence du sujet montrent à eux seuls plus de valeur que toutes les estimations subjectives, nous voulons désigner la conduite sociale habituelle, l'attitude du sujet à l'école et en apprentissage, les certificats qu'il a obtenus, son degré de stabilité dans la profession qu'il s'est choisie...

L'*Aspect morphologique* a retenu tout particulièrement notre attention.

A toutes les époques de la Médecine, ceux qui se préoccupaient du tempérament ont cherché dans l'examen des formes extérieures du corps une méthode d'investigation des fonctions. Cette méthode s'inspire de celle des Naturalistes et des Zootechniciens, qui définissent les espèces et les classent selon leurs formes apparentes. C'est une méthode clinique où l'observation visuelle joue le plus grand rôle. A l'époque contemporaine, elle a été véritablement renouvelée par Claude SIGAUD, dont l'enseignement nous a été transmis par les Drs de LAMBERT et THOORIS. Comme ces auteurs, nous pensons que la morphologie doit être descriptive et synthétique, qu'elle doit embrasser un être humain dans l'ensemble de son organisation, et ne descendre qu'en second lieu de l'ensemble aux parties. Par là, nous plaçons au second plan la notation des détails et les mensurations.

Pour décrire la forme humaine, il est d'une bonne méthode

d'y considérer deux plans : d'une part le squelette, d'autre part les parties molles. Pendant la période de croissance, la distinction de ces deux plans est moins accusée qu'elle le sera plus tard, car l'ossature se montre malléable et se modifie tout autant que les parties molles sous de nombreuses influences. Mais chez l'adulte, le squelette se fixe dans sa forme, et constitue, nous l'avons vu déjà, l'élément le plus immuable de l'économie ; la maladie n'est plus susceptible de le modifier, tandis qu'elle peut produire dans les tissus mous des altérations très importantes. Bien que cette distinction soit schématique, elle doit être maintenue, car elle a son utilité.

Le squelette détermine « l'architecture » du corps.

Un coup d'œil d'ensemble nous renseigne de prime abord sur ce qu'on peut appeler par une analogie très suggestive le style de cette architecture. Certains hommes sont trapus et massifs : la carrure et l'épaisseur prédominent sur la taille ; types courts. D'autres sont tout à l'opposé élancés et grêles : ils sont construits tout en longueur, en « chandelles » ; types longs. Entre ces deux extrêmes se situent tous les types intermédiaires, plus ou moins proches d'un type moyen idéal.

Cette première donnée étant acquise, nous apprécions ensuite les rapports de proportions du tronc et des membres. Chez les uns, la longueur du tronc prédomine sur celle des membres ; chez les autres c'est l'inverse. Les premiers sont en général de petite taille et de type court, mais ils paraissent grands lorsqu'ils sont assis. Les seconds sont élancés et de haute taille, mais ils ne paraissent vraiment grands que debout. Pour évaluer ces rapports de proportions, nous nous sommes servis de la simple observation du sujet, en disposant celui-ci dans certaines attitudes favorables, comme nous l'ont enseigné les D^{rs} THOORIS et de LAMBERT. Sur l'homme nu, dans l'attitude du garde à vous, la situation du pli au poignet par rapport au pli fessier permet de comparer la longueur du bras à celle du tronc, grâce à une règle simple : quand ces deux segments du corps se font équilibre, le pli du poignet se trouve sur une ligne horizontale

à mi-distance entre le pli fessier et la partie postérieure de la crête iliaque. Quand le bras est long, le pli du poignet peut descendre au niveau du pli fessier. Quand le bras est court, le pli du poignet est de niveau avec la partie supérieure de la fesse ; comme souvent la main est courte aussi, il arrive que l'extrémité des doigts n'atteigne pas en bas la cuisse.

Pour juger de la longueur du membre inférieur, le procédé le meilleur, quand le ventre n'est pas trop proéminent, consiste à examiner le sujet assis, les segments du membre inférieur étant fléchis au maximum, la cuisse appliquée contre la face antérieure du tronc. Par cette méthode, c'est la cuisse surtout que l'on compare au tronc, mais comme les inégalités de longueur des membres inférieurs dépendent surtout des inégalités de longueur de la cuisse, on peut sans grande erreur procéder ainsi. Si le genou est de niveau avec la ligne des épaules ou un peu au-dessous, il y a équilibre entre le tronc et le membre inférieur. S'il est franchement au-dessous de cette ligne, le membre inférieur est court, et il est long si le genou est au-dessus de l'épaule.

Pour apprécier la Construction d'un individu, on peut évidemment recourir à la méthode anthropométrique, mais celle-ci nécessite une instrumentation particulière qui en fait une technique de laboratoire, difficilement applicable à la clinique. Et la rigueur qu'elle apporte au diagnostic de la constitution n'est pas nécessaire dans l'ordre spécial de ces études, car toute précision sur l'une des données d'un problème reste illusoire tant que l'on n'a pu introduire une rigueur égale dans l'évaluation des autres données. Pourtant les mesures sont utiles, et nous en avons pris quelques-unes. Chez tous nos malades, nous avons mesuré la taille et le tour de poitrine ; nous avons pris le poids et nous nous sommes renseignés sur ce qu'il était avant la maladie. Nous avons ainsi obtenu les éléments nécessaires au calcul de l'indice de Pignet ($T - T_p - P$) indice qui exprime la massivité du corps, et non comme on l'a prétendu sa robusticité. La mesure du tour de poignet (tp) nous a donné une évaluation approximative de l'épaisseur de l'ossature. Enfin, nous

avons pris le tour de tête et calculé l'indice céphalique de nos malades.

Les parties molles, « revêtements » du squelette, complètent l'aspect morphologique. Nous les avons considérées quantitativement et qualitativement.

Par leur « quantité », elles contribuent avec le squelette à la massivité du corps. Il y a même lieu à ce sujet d'opposer deux types d'individus massifs : ceux qui sont massifs par les os, et dont les chairs sont peu abondantes ; ceux qui sont massifs par les tissus mous, et dont l'ossature est fine. Les premiers offrent généralement un développement prépondérant des membres ; les autres ont des extrémités grêles et un tronc volumineux. Dans nos observations nous avons donné une idée approximative de l'abondance des parties molles (en distinguant dans la mesure du possible ce qui revient au muscle et ce qui revient à la graisse). Les individus qui ont perdu beaucoup d'embonpoint portent en général dans l'aspect de leurs tissus mous la trace de cette perte ; il est facile de l'évaluer avec exactitude en comparant le poids actuel au poids habituel. A ce sujet, les deux types dont nous venons de parler se comportent d'une manière très différente : ceux qui sont pesants par les os, une fois parvenus à l'âge adulte, gardent toujours le même poids ; par contre, ceux qui doivent leur masse à un fort embonpoint musculaire et graisseux sont susceptibles de présenter à tout âge des variations importantes. Nous reviendrons plus tard en détail sur cette intéressante opposition (cf. Tempéraments).

La « qualité » des parties molles se juge au modelé, à la consistance et à l'aspect des phanères. Le modelé ou galbe a été l'objet d'études fort suggestives de SIGAUD et de son école : du modelé plat au modelé rond, ce biologiste a décrit une gamme très variée de formes dont il a indiqué la signification physiologique (cf. Tempéraments, II^e part., chap. III). Nous avons aussi accordé de l'importance à l'aspect des phanères, au teint de la peau, des yeux et des cheveux, à la distribution du système pileux.

Enfin, dans l'étude morphologique, il importe de ne pas négliger l'Harmonie générale du corps. Depuis que MOREL a attiré en Psychiâtrie l'attention sur ce point, on accorde en effet beaucoup d'intérêt aux *dégénérescences* physiques, lesquelles s'objectivent par des dysharmonies. Une fois mises à part celles qui résultent d'une affection ou d'un traumatisme et que l'on considère à juste titre comme accidentelles (1), il reste de ces dysharmonies deux groupes principaux : les dysharmonies de structure générale (asymétries, difformités grassieuses), les dysharmonies localisées ; c'est-à-dire les malformations d'un appareil (par exemple : de l'appareil génital, des organes des sens, du pavillon de l'oreille).

Il faut en ce domaine savoir se limiter et n'accorder de réelle importance qu'aux déformations grossières ou à celles qui sont multiples. Plusieurs auteurs français, et récemment, KRETSCHMER en Allemagne ont considérablement réduit la portée diagnostique de ces déformations, particulièrement en ce qui concerne le pavillon de l'oreille. Mais on tombe dans une erreur tout aussi fâcheuse lorsque, par une réaction excessive contre les conceptions de MOREL, on rejette en bloc la Dégénérescence. Ainsi fait KRETSCHMER dans ses descriptions de l'habitus athénique et des habitus displasiques. Or, on peut voir que certaines des figures qu'il donne dans ses ouvrages représentent non seulement des types athéniques ou displasiques, mais encore des dégénérés de la plus belle espèce, porteurs de graves déformations. On ne peut croire que ces déformations soient pour rien dans leur prédisposition pathologique, et, comme le disent très justement C. PASCAL et J. VIÉ dans une étude récente (2), si KRETSCHMER a le mérite d'avoir figuré les traits de quelques types morphologiques, il l'a fait en s'inspirant, semble-t-il, de

1. C'est là du moins l'opinion commune. Nous ne l'acceptons que partiellement, car selon nous, une affection de longue durée survenant pendant la croissance est susceptible de modifier la constitution aussi profondément et de la même manière qu'une influence héréditaire. Des sujets chez qui on observe cette éventualité, on peut dire qu'ils « héritent d'eux-mêmes ».

2. C. PASCAL et J. VIÉ, Démence précoce et schizophrénie de Kretschmer (*Encéphale*, 1931, n° 4, p. 283).

l'œuvre de MOREL et en précisant les déformations structurales que ce dernier avait dépeintes sous le nom de stigmates physiques de la dégénérescence.

C

En accord avec ce qui a été dit dans ce chapitre, nous allons adopter pour nos observations le plan suivant.

Dans une première partie, nous donnons l'observation neuropsychiatrique (1).

Dans une seconde partie, nous groupons tous les renseignements susceptibles de contribuer au diagnostic de la constitution du sujet. Après les antécédents familiaux, qui s'y rapportent indirectement, nous donnons sous le titre *A (antécédents) et Constitution* les principaux caractères des trois aspects du tempérament.

En I, l'aspect physio-pathologique, c'est-à-dire, l'état des principales fonctions avant la maladie, et les affections antérieures.

En II, l'aspect psychologique.

En III, l'aspect morphologique.

Nous avons dû limiter nos observations à un résumé. De même, nous n'avons fait figurer dans le texte que les éléments essentiels des trois aspects du tempérament. Par contre, la synthèse de nos résultats, qui est l'objet de la seconde partie de notre travail utilise nos documents dans tous leurs détails.

Nous jugeons indispensable de dire ici que nulle description, si détaillée qu'elle soit, ne peut donner une idée exacte de l'aspect morphologique de nos malades. Figurer tous les individus

1. Nous y emploierons quelques abréviations dont nous donnons ici le sens :

L. C. R.....	liquide céphalo-rachidien.
a	albumine (ainsi 60 a = 60 ctgr. d'albumine).
l.	leucocyte.
B.-W.	réaction de Bordet-Wassermann.
B.	benjoin colloïdal.
T. A.	tension artérielle Vaquez.

dont nous relatons l'histoire était par ailleurs une tâche au-dessus de nos moyens. On trouvera ici un compromis : d'une part, la forme de chaque organisme est décrite d'une manière succincte, mais suffisamment précise pour qu'on puisse s'en faire une idée approchée ; d'autre part, quelques types d'individus, choisis dans les principaux groupes de malades, seront figurés à la fin de cet ouvrage (cf. Planches I à XVI).

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Dans le cours du chapitre précédent, nous avons esquissé une classification des principales formes cliniques de paralysie générale. Ce groupement des observations en séries homogènes n'est pas la moindre des difficultés que nous avons rencontrées dans notre travail. D'une part, certains cas, par la variété du tableau clinique qu'ils présentent, se montrent rebelles à toute classification. D'autre part, les auteurs qui ont écrit sur la maladie de Bayle n'adoptant pas tous la même étiquette pour désigner une forme clinique déterminée, il est parfois difficile, lorsqu'on n'a pas devant les yeux les observations détaillées, de se rendre un compte exact de leur contenu.

Il y a notamment des différences profondes entre la classification la plus généralement adoptée en France, et celle qu'on applique en Allemagne à la suite des travaux de KRAEPELIN. Les auteurs allemands reconnaissent en effet trois variétés de paralysie générale : la forme maniaco-dépressive, la forme schizophrénique, la forme démentielle simple.

Cette classification a le mérite de la simplicité. Elle encourt toutefois le reproche grave de confondre sous l'étiquette de forme schizophrénique une foule de cas très disparates, ces cas que précisément on s'efforce en France de distinguer : délire de négation corporelle, forme catatonique, forme excito-motrice, forme sensorielle, forme paranoïde. Disons-le dès maintenant. Il semble bien que, depuis la conception simple de BAYLE identifiant la paralysie générale au délire des grandeurs avec démence

paralytique, on ait peu à peu étendu ce diagnostic à des syndromes d'aspect clinique très différent. Ces syndromes, il est légitime, certes, de les rapporter à la méningo-encéphalite diffuse, puisqu'ils ont en commun avec les formes typiques quelques symptômes essentiels : la dysarthrie, l'affaiblissement intellectuel survenant d'emblée, les modifications pupillaires, les réactions du liquide céphalo-rachidien. Toutefois certaines observations, notamment dans la variété schizophrénique, sont si particulières qu'on est en droit de se demander si elles n'appartiennent pas à une affection spéciale. Démence paralytique ou psychose syphilitique chez un prédisposé, tel est, entre autres, le dilemme souvent insoluble que posent de telles observations ! Nous aurons lieu d'en parler à nouveau.

Nous allons grouper nos 96 observations en 9 séries, de la manière qu'indique le tableau suivant :

1. Forme de paralysie générale avec délire des grandeurs..	15 cas
2. Forme avec mélancolie simple ou délire mélancolique..	4 cas
3. Forme avec délire des négations.....	6 cas
4. Forme catatonique	15 cas
5. Forme sensorielle	4 cas
6. Forme démentielle simple euphorique.....	38 cas
7. Forme démentielle simple dysphorique	6 cas
8. Forme avec tabes	4 cas
9. Formes mixtes, difficilement classables	4 cas

La première forme est la mieux connue cliniquement, à ce point même que beaucoup de médecins hésitent à porter le diagnostic de paralysie générale quand ils ne constatent pas d'idées de grandeur. C'est celle que BAYLE tenait pour caractéristique de la méningo-encéphalite diffuse. Presque tous les cas qu'il rapporte dans sa thèse inaugurale, comme dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes* concernent en effet des malades en proie à un délire ambitieux très prononcé. Moins de cinquante ans après la découverte de BAYLE, on faisait déjà la remarque que le délire des grandeurs se rencontrait moins fréquemment dans la paralysie générale, et que souvent, on observait à sa place un délire dépressif. Plus encore qu'à l'époque

dont nous parlons, cette remarque s'applique à la nôtre. La paralysie générale avec délire des grandeurs prédominant est aujourd'hui peu fréquente. Il est difficile de décider si cette rareté est réelle ou si elle tient simplement à ce que les autres formes de la maladie, étant mieux connues, sont, par comparaison, trouvées plus nombreuses. Toujours est-il que, sur une centaine de cas pris au hasard, nous n'avons pu réunir que quinze observations de délire des grandeurs franchement caractérisé dans la paralysie générale.

De ces observations, il faut rapprocher celles de la 6^e série, qui concernent des cas de démence simple avec euphorie, car on observe parfois là aussi des idées de grandeur ; mais elles ne dominent pas le tableau clinique, elles n'apparaissent qu'épisodiquement, à la faveur d'une légère excitation, ou bien elles sont suggérées au malade par un interrogatoire tendancieux. Dans l'un comme dans l'autre cas, elles durent peu de temps, et la maladie reprend ensuite son cours monotone.

A l'expansion et à l'euphorie de ces deux groupes de malades, il faut opposer la dépression et la dysphorie de la plupart des autres. Avec une réserve toutefois : c'est que, dans le groupe des paralysies générales avec délire des négations, si l'on observe chez certains malades une tendance hypocondriaque et pessimiste, il est presque aussi fréquent de rencontrer l'euphorie mégalomaniaque, et, par là, si quelques-unes de ces observations s'apparentent à la mélancolie délirante, d'autres se rapprochent au contraire beaucoup plus du vrai délire des grandeurs (cf. obs. XX et XXV).

La deuxième série de nos observations expose des exemples de la forme mélancolique simple ou délirante. Par ses symptômes, cette forme reproduit trait pour trait le tableau de la mélancolie primitive, mais, même avant la ponction lombaire, la signature de l'affection en cause était donnée par les troubles démentiels et la dysarthrie.

La troisième série concerne le délire hypocondriaque des négations. Plusieurs cas se limitent à la négation de la personnalité physique et correspondent à la description de BAILLARGER

qui, le premier, rattacha ce symptôme à la paralysie générale. Mais, par l'exemple des autres observations, on verra que contrairement à ce qu'avait pensé l'auteur précité, la négation peut s'étendre à la personnalité morale et au monde extérieur. Selon l'opinion communément admise, le pronostic de ces formes est particulièrement grave. La guérison semble toutefois possible comme dans l'observation XXII ; il est vrai que l'amélioration est trop récente dans ce cas pour qu'on soit autorisé à conclure : peut-être ne s'agit-il que d'une rémission !

La quatrième série est particulièrement intéressante. Elle groupe des cas assez disparates, mais qui ont en commun quelques éléments du syndrome catatonique de Kahlbaum. Ce sont les formes qui s'apparentent le plus intimement à la démence précoce. Nous en avons rapproché quelques observations où l'excitation physique est très accusée, s'accompagnant d'impulsions brusques, mais sans coexistence d'idées de grandeurs. Il faut remarquer qu'il y a une transition presque continue entre les formes catatoniques très caractérisées et les formes mélancoliques simples, cette transition se faisant par l'intermédiaire de malades qui présentent, au cours d'un état dépressif, des marques d'opposition (obs. XXXI).

La cinquième série comporte des cas où les hallucinations sont très développées. Le plus souvent, elles font partie d'un syndrome d'influence ou de persécution. Leur degré de systématisation est variable. Si elles ne vont pas jusqu'à réaliser le tableau de la psychose hallucinatoire chronique, elles peuvent cependant reproduire celui de la démence paranoïde.

Les formes catatoniques et les formes sensorielles posent un problème très important : celui du rôle de la malariathérapie dans leur production. Dans quelques-unes de nos observations en effet, elles ne se sont manifestées qu'après ce traitement. Ce ne sont pas le plus grand nombre, et, dans la plupart des cas — tout au moins de ceux qui ont été soumis à notre examen — le syndrome catatonique ou hallucinatoire s'était réalisé d'emblée. Au reste, ce n'est pas ici le lieu de discuter ce problème, il nous suffit d'en avoir indiqué l'existence.

La sixième série groupe le plus grand nombre de malades. Ce sont les formes bien connues de démence paralytique simple, sans délire. Très communes chez la femme, fréquentes chez l'homme, elles s'accompagnent le plus souvent d'une indifférence béate et heureuse. Mais, à côté de celles-ci, certaines observations se distinguent par une dysphorie très prononcée : nous les avons rangées dans un groupe particulier (7^e série).

La huitième série comprend plusieurs cas de paralysie générale associée au tabes. Nous regrettons de n'avoir pu en étudier un plus grand nombre, car le problème de cette association est fort intéressant, particulièrement du point de vue constitutionnel. Il se relie à un autre problème : celui de la rencontre dans une même famille de cas de tabes et de cas de paralysie, que nous discuterons avec quelques observations à l'appui.

Dans la neuvième série, nous avons rangé des cas qu'il était impossible de faire entrer dans les cadres précédents, soit à cause de la complexité du tableau clinique, soit du fait de l'absence d'un signe dominant.

PREMIÈRE SÉRIE

Paralysie générale avec délire des grandeurs

OBSERVATION I (1).

Démence. Dysarthrie. Idées ambitieuses dominantes. Agitation très grande. Malarié, puis traité par stovarsol. Très grande amélioration de l'état mental, mais évolution d'un tabes amaurotique. Malarié une seconde fois sans amélioration de la cécité.

Bonne santé auparavant. Paludisme pendant la guerre. Embonpoint grassex prononcé, ossature grêle.

B. Henri, âgé de 40 ans, chef-comptable, entre en février 1931 dans le service des Chalets, en proie à une agitation extrême.

Début en décembre 1930 par des troubles du caractère : disposition à la colère, pleurs après discussion, grossièreté envers sa femme, propension à boire et à gaspiller son argent. On en est très surpris, car tout cela est contraire à son naturel. Un mois après, ayant fait des erreurs dans ses comptes, et donnant les marques d'un égarement complet des idées, il doit quitter la place qu'il occupe depuis quinze années.

A l'hôpital, il présente une agitation incessante qui oblige à le camisolier. Il émet sans cesse des idées ambitieuses. Il se dit riche, ayant joué aux courses, et ayant gagné à ce jeu des millions. Il dit qu'il a de nombreuses femmes. Signes d'affaiblissement intellectuel global. Dysarthrie. Rigidité des pupilles. LCR 60 a, 22 l., B-W H₀.

L'agitation persiste pendant plusieurs semaines. Gros amaigrissement. Malarié le 17.mars. Traité ensuite par le stovarsol. L'agitation se calme et les idées délirantes disparaissent. La conscience et le jugement redeviennent sensiblement normaux. Le malade rëgagne son poids antérieur et le dépasse. Mais il s'installe alors une cécité progressive liée à une atrophie optique. Malarié une seconde fois en no-

1. Les observations dont l'origine n'est pas mentionnée en tête, proviennent du service du Dr Crouzon ; ce sont, nous l'avons dit déjà, le plus grand nombre,

vembre sans amélioration de la cécité. En juin 1932, l'état général est excellent : embonpoint grasseux très accusé et localisé au tronc (76 kgr.). Paralyse légère de la parole. Amnésie complète touchant le délire. Le caractère et les fonctions intellectuelles sont presque ce qu'ils étaient avant la maladie.

Longévité chez les ascendants. Père petit et maigre, mort à 75 ans d'un cancer gastrique. Mère âgée de 85 ans, de taille moyenne, de forte corpulence, de bonne santé. On eu deux enfants : avec Henri, une fille, 50 ans, petite et fluette, de bonne santé.

Constitution. — I. Toujours bonne santé, sauf paludisme à Salo-nique. Bonnes fonctions digestives. Marié depuis 7 ans et père d'un garçon.

II. Caractère doux, calme, méthodique, économe, gai, modérément expansif, aimant la société, et cependant homme de famille. Jamais emporté, plutôt timide, mais têtu. Bonne activité. Ambition modérée. Bonne intelligence : avait l'estime de ses chefs ; plusieurs certificats d'études.

III. Type court, T 160, Tp 85, P habituel 62, a pris de l'embonpoint (au tronc) jusqu'à 76. Pi de 13 à — 1. Membres un peu plus courts que le tronc (Planche I). (1)

Tronc épais et large, embonpoint grasseux moyen-fort. Thorax large, ligne des épaules droites, angle xiphoïdien obtus. Bassin large, abdomen légèrement proéminent.

Membres d'ossature grêle (tp. 16), de muscles bien développés. Tête globuleuse, sous-brachy (80). Visage plein, charnu, teint rose, cheveux et œil châtains (Pl. XI, fig. 2).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION II.

Démence. Dysarthrie. Agitation extrême. Peu après, disparition de la dysarthrie, excitation intellectuelle avec délire des grandeurs très accusé. Malarié sans résultat.

Bonne santé auparavant. Syphilis traitée il y a 5 ans. Forte stature et forte corpulence.

Père mort de démence alcoolique.

B... Marcel, ajusteur, âgé de 41 ans, entré en avril 1931 dans le service des Chalets, en proie à une agitation violente. Il est dans cet

1. Se reporter aux planches lithographiées réunies à la fin de cet ouvrage.

état depuis une quinzaine. Isolé dans une cellule, il se fâche, dit qu'il n'est pas fou, qu'il n'est pas permis de l'enfermer et qu'il veut aller trouver son docteur afin de soigner sa syphilis. Au cours de ses colères, il menace l'entourage. La dysarthrie est très accusée, et, par moment, le malade ne peut proférer aucune parole. Myosis et rigidité des pupilles. LCR : 60 a, 19 l., B-W H₀, B +. Sa : B-W H₀.

En quelques semaines, l'état démentiel s'installe ; le malade est approubatif et indifférent à son sort. Agitation moins violente, mais bavardage intarissable. Délire des grandeurs extrêmement accusé.

« Je suis Napoléon I^{er}. Mes certificats sont à Jérusalem. Herriot c'est mon grand-père. Je suis le directeur de toutes les usines, ingénieur, polytechnicien. Clemenceau vieux, je l'ai retapé, c'est moi qui l'ai embaumé, et puis je lui ai foutu une P. L. Mon tombeau, il est aux Invalides, mais il est vide. Mes deux gosses, ils sont dans mon caveau. C'est ma gosse de deux ans qui a fait la guerre avec Weygand... J'ai un sous-marin en sipan (*sic*) armé, moi. Grand-Prix de Rome, moi, de sculpture. Maintenant les Russes sont français à partir de demain... J'ai été trente ans Professeur à Polytechnique... Je suis riche, très riche. J'ai une mine de Radium en Russie. Je suis de la famille des rois. Je suis né il y a cent millions d'années... »

Malarié le 8 mai sans accès, et le 2 juillet avec accès. Après ce traitement, la dysarthrie est moindre, mais l'état mental n'est en rien modifié.

Le malade est placé le 28 août à l'Asile de Vaucluse.

Père alcoolique (employé dans une distillerie d'alcool) devenu dément et violent vers 65 ans, interné alors à l'Asile de Clermont où il meurt quatre ans après. Mère âgée de 71 ans petite et corpulente, très active malgré son âge avancé, de caractère très impulsif.

Ont eu 10 enfants. Cinq sont mort. Deux en bas-âge. Deux à 17 et 18 ans de « chaud et froid ». Le dernier à 20 ans d'une cause ignorée. Les trois derniers nommés avaient des dons pour la musique, le chant, les langues et le dessin.

Cinq sont vivants. L'un est de corpulence moyenne. Trois autres sont d'excellente santé, de caractère très sociable, de forte corpulence.

A et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Gros appétit. Pas d'excès de boissons. Se faisait soigner depuis cinq ans pour syphilis. Marié sans enfant.

II. Caractère solitaire, plutôt taciturne et rancunier, très coléreux.

III. Type moyen, T 171, Tp 90, P 82, Pi = — 1. Membres égaux au tronc.

Tronc haut, large et épais, de forme rectangulaire. Thorax plus

développé que l'abdomen. Angle xiphoïdien large. Embonpoint moyen fort. Peau blanche.

Membres vigoureux, d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés.

Tête globuleuse, brachy (80), visage de forme rectangulaire, un peu amaigri, mais cependant encore bien en chair, Teint rouge. Cheveux châtain. Calvitie importante.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION III.

Démence. Dysarthrie. Malarié, puis traité par le stovarsol, sans aucun résultat. La démence augmente et il se développe un délire ambitieux très étendu. Cachexie progressive.

Bonne santé auparavant. Syphilis à l'âge de 16 ans. Forte corpulence. Parents sains. Un fils de 30 ans dégénéré et interné.

M. A..., restaurateur, âgé de 57 ans, entre dans le service des Chalets en janvier 1930. Il présente les signes d'un état démentiel profond, sans délire. Il est euphorique, avec des accès de susceptibilité et même de méchanceté. Tremblement des lèvres, de la langue. Dysarthrie. Rigidité des pupilles. Réaction intense des LCR Signes d'Aortite (aorte peu élargie, mais très opaque à la Radio). TA 16/8.

Malarié et traité ensuite par le stovarsol. Aucune amélioration. Développement progressif d'idées ambitieuses extravagantes qu'il énonce d'une voix basse et monotone.

« Tout est à moi dans l'hôpital.. Je n'ai pas perdu mon temps ici. Tout ce qui existe comme gouvernement international dans toutes les planètes a été fait par mon initiative, pièce par pièce, depuis ici. Tous les changements qui ont été faits comme nouvelles constructions et organisations ont été faits par moi étant ici. Lorsque je suis entré ici, la situation était grave, sur le point de la révolution. Le conseil des ministres venait de se sauver. 70 % des députés et 70 % des sénateurs étaient contre le gouvernement. Par conséquent, étant donné qu'à ce moment le monde entier et toutes les planètes étaient en état de révolution, une crise ministérielle aurait provoqué une révolution complète. C'est moi, A. M., propriétaire, qui ait pris l'initiative de faire établir pièce par pièce le gouvernement international... pour toute la terre... Pour faciliter la pêche au point de vue du monde entier, j'ai fait battre par de gros canons le pôle Nord et le pôle Sud de la Terre. Cette chose a été faite dans toutes les planètes qui vivent de la même façon que nous. Elle a provoqué ceci: la faci-

lité de la pêche. Mais seulement comme avantage que c'est le pôle Nord et le pôle Sud de chaque planète qui maintenant est habitable et productif... ». Il dit encore à sa femme qu'il la trouve rajeunie et qu'il va lui faire neuf enfants.

La santé physique s'altère peu à peu, le corps maigrit considérablement, et présente une émaciation qui contraste avec la plénitude des chairs du visage.

Longévité chez les parents. Père mort à 75 ans, mère à 90 ans. Un seul enfant : le sujet de notre observation.

Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Gros mangeur. A peut-être eu la syphilis à 16 ans.

D'un premier mariage, a eu trois enfants : une fille et un fils bien portants, un fils plus jeune, physiquement disgracié, buveur, voleur, intellectuellement débile (interné). Marié une deuxième fois à 49 ans.

II. Caractère très sociable, aimable et généreux, expansif et gai, s'occupant beaucoup d'œuvres charitables. Des colères sans conséquences.

III. Type moyen-court. T 165, Tp 90, P habituel 75, Pi 0. Membres égaux au tronc en longueur.

Tronc de contour rectangulaire, de largeur et d'épaisseur moyennes-fortes, embonpoint grasieux moyen-fort. Thorax large. Bassin large et ventre légèrement proéminent.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) et de musculature moyenne.

Appareil pileux très abondant sur la face antérieure du tronc et sur les membres.

Tête globuleuse, sous-brachy (78). Calvitie étendue. Visage large et plein. Teint rosé. Cheveux blancs. Œil chatain (Pl. XI, fig. 3).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION IV.

Démence intermittente. Idées ambitieuses dominantes. Traité par le stovarsol. Agitation physique ayant nécessité l'internement.

Bonne santé, sauf depuis la guerre. Embonpoint accusé.

Fe... Léon, boucher, âgé de 58 ans, entre dans le service des Châlets le 8 juin 1931. Selon les siens, il a perdu la raison depuis un mois. On signale bien que depuis un an, il ne faisait plus convenablement son métier. Mais les troubles véritables sont récents : il semble bizarre à son entourage, il fait toutes sortes de choses absurdes, comme de déplanter ce qu'il vient de mettre en terre. Quelques maux de tête,

un léger amaigrissement. Impuissance et frigidité depuis un mois. Pas de changement du caractère.

A l'examen, il présente les signes d'un affaiblissement global, mais incomplet de l'intelligence. Approbativité et euphorie. Politesse conservée. Tremblement des mains. Dysarthrie peu accusée. Idées délirantes ambitieuses relativement cohérentes et presque systématisées.

« En 1921, j'avais 21 ans et je venais de terminer mon service militaire. Deux femmes m'ont emmené en Islande et m'ont présenté au Roi. Le Roi m'a fait son ministre, m'installa dans son château. Il voulut même me donner son nom : j'ai refusé par modestie. J'avais 30.000 hommes sous mes ordres et une flotte avec laquelle je parcourais la mer. Le Roi mettait à ma disposition de nombreuses femmes j'en avais dix pour le jour et dix pour la nuit, c'était très fatigant. Malgré cela, j'ai fait beaucoup d'enfants, surtout des garçons pour avoir des héritiers. Je suis resté 8 ans en Islande et j'ai rapporté 230 milliards. Avec mon hydravion, j'ai fait souvent le voyage d'Islande à Saint-Fargeau : je ne mettais pas plus de deux heures et demie. Il y a un mois, j'ai été appelé dans l'île pour y mettre de l'ordre ; je suis parti en avion avec deux gendarmes et mes 30.000 hommes, et j'ai exterminé les agitateurs. Je suis revenu avec 100 milliards et j'en ai donné la moitié aux gendarmes... Je suis un ami intime de Rotschild, qui me remet 10 % sur toutes ses opérations de banque ».

LCR 75 a, 34 l., B-W H_o, B +.

Sa., B-W H_o, Hecht H_o.

Signes d'aortite : souffle systolique à la base. TA 20/11. En raison de cette aortite, le malade n'est pas malarie ; il reçoit une première série de 20 gr. de Stavarsol. Même état. Euphorie. Politesse. Ne délire pas s'il n'est pas interrogé. Questionné sur ses prochains voyages en Islande, il répond : « J'irai pour y chercher de l'or de toutes les couleurs ». Le 18 juillet, il s'agite, et essaye de « faire le mur ». Excitation les jours suivants. Le délire se développe : il s'en va demain, on lui a accordé huit jours de permission, il va aller les passer en Algérie, car il est Sultan, il reviendra ici se faire faire des piqûres... etc. » 8 août, placement d'office nécessité par l'agitation.

Père de même aspect physique que le malade, mort vers 87 ans). Mère de corpulence moyenne-forte, morte à 76 ans des suites d'une attaque de paralysie. Ont eu trois enfants : outre le malade, deux filles de forte corpulence et de bonne santé. Pas d'aliéné dans la famille.

A. et Constitution. — I. Depuis la guerre, a des bronchites chaque hiver et maigrit. Mais avant, il était, dit sa femme, plutôt gras « Pas

de gros bras ni de grosses jambes, mais fort de la poitrine et du ventre » Il pesait alors 75 kgr. Mangeur moyen. Pas buveur. Marié sans enfant.

II. Caractère très doux, non coléreux, très actif, désireux de parvenir, mais ne faisait pas de bruit, plutôt calme et solitaire.

III. Type moyen. T 168, Tp 94. P actuel 65. Pi = 9, mais si on le calcule sur le poids en bonne santé, on obtient environ 0.

Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Le thorax est large et assez épais, mais il présente une déformation acquise, fréquente chez les emphysemateux : cyphose dorsale haute, écartement des omoplates. Ventre large et un peu proéminent. Embonpoint moyen. Peau mate. Poils châtain, très abondants à la face antérieure de la poitrine.

Membres bien développés, d'ossature moyenne (tp. 16) de muscles fermes et dessinés, d'embonpoint faible.

Brachycéphalie (80). Visage rectangulaire, un peu amaigri. Œil bleu. Cheveux grisonnants. Calvitie légère.

Signes discrets de dégénérescence : asymétrie faciale.

OBSERVATION V.

Démence. Dysarthrie. Idées ambitieuses dominantes.

Très amélioré. Retour de la conscience, des sentiments, de l'activité pratique (exerce son métier depuis deux années).

Excellente santé auparavant. Gros embonpoint.

Murat Léon, peintre, âgé de 49 ans, entre en août 1928 dans le service des Chalets. Depuis deux mois déjà, il n'est plus normal. Il se désintéresse de son travail et il émet des propos peu en rapport avec sa situation modeste. Cet état empirant, il énonce bientôt les idées les plus extravagantes.

« Vous allez bien me soigner, je vous donnerai quelque chose, 50 millions. Je suis un archi-millionnaire, je suis le prince Murat. Je voudrais entrer à l'Institut pour bien faire, pour savoir, et je leur donnerai quelque chose. Ici, je suis chez moi, cela va bientôt changer, on va faire un grand château en Louis XVI. Je dépenserai 5 ou 6 millions, tout sera doré. Nous sommes le 6 novembre, l'hiver ne sera pas froid. Je couche avec toutes les femmes du quartier pour avoir des enfants et pour leur donner de l'argent. Ma femme n'est pas jalouse parce que je lui donnerai de l'argent. J'aime ma femme à l'adoration. C'est une belle blonde, elle a une belle paire de fesses ».

Signes d'affaiblissement global de l'intelligence.

Tremblement de la langue et des lèvres. Dysarthrie. Rigidité pupil-

laire. LCR, 50 a, B-W H₀, B. +. Sa.: B-W H₀, Hecht H₀. TA 15/7.

Malarié en septembre 1928, il s'améliore. L'agitation et le délire se calment, puis disparaissent. Santé bonne. Dysarthrie légère.

En mars 1932, le malade est revu. Bonne santé physique. Intelligence et caractère normaux. Il exerce à nouveau son métier depuis deux ans. Cependant, a l'émotion facile et dans ce cas, la partie inférieure du visage est agitée de tremblements, et une légère dysarthrie apparaît.

Père âgé de 83 ans, bien portant, aussi corpulent que son fils, mais plus grand et plus musclé. Mère petite et grasse, devenue aveugle et morte vers 78 ans. Ont eu 11 enfants; la plupart sont décédés enfants, l'un est mort à 20 ans. Trois sont vivants: le malade, une fille qui lui ressemble au physique (boulotte), un fils du type du père.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Commotion pendant la guerre. Mangeur et buveur moyen. Sensualité moyenne. Marié depuis 27 ans, n'a pas eu d'enfants malgré qu'il en désirât.

II. Caractère sociable et gai, expansif sans exubérance. A la colère facile, mais le fonds bon et pas rancunier.

III. Type court, T 159, Tp 102, P oscillant de 75 à 78, Pi — 18 à — 21. Membres plus courts que le tronc.

Tronc massif, épais et large; embonpoint grasseux fort. Thorax large et épais, angle xiphoïdien obtus. Bassin large, abdomen proéminent. Poils moyennement développés à la partie antérieure du tronc.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17), de muscles bien développés, gras à la racine, fins aux extrémités.

Tête globuleuse, sous-brachy (80). Visage un peu allongé, plein et charnu, surtout dans sa partie inférieure. Teint rouge. Œil bleu avec pigment. Cheveux chatain grisonnants, calvitie débutante (le père et les deux frères ont été chauves de bonne heure).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION VI.

Début par attaque congestive légère. Démence incomplète. Dysarthrie. Idées de grandeur dominantes. Excitation physique. Malarié, sans amélioration.

Bonne santé auparavant. Constitution robuste.

Hérédité dépressive légère.

Rob... Fernand, mécanicien, âgé de 53 ans, entre dans le service des Chalets en août 1931. Le début de la maladie est difficile à préci-

ser. Depuis cinq ans, il ressent des maux de tête, de la fatigue, des lacunes conscientes dans les souvenirs. Par contre, dans ces deux dernières années, il a été en proie à une activité fébrile ; il ne parle que d'argent et de constructions ; il a d'ailleurs construit un garage. Il y a 4 mois, au cours de son travail, il a éprouvé un engourdissement du bras droit, et s'est trouvé pendant quelques instants incapable de s'en servir ; au moment où il retrouvait l'usage de son membre, il a voulu en faire part à son entourage, mais il n'a pu proférer que des sons incompréhensibles ; cette paralysie de la parole a duré une demi-heure. Depuis cet incident, il est dans une grande excitation génitale et intellectuelle. Il se lève la nuit, fait des plans et des calculs. Il dit à sa femme qu'il a de grosses sommes d'argent en banque. Il devient irritable et se met fréquemment en colère. Il travaille d'une manière incohérente, quittant la besogne inachevée pour en entreprendre une autre. Bientôt, il mélange tous ses aliments, et son excitation inquiète son entourage.

A l'examen, euphorie, approbativité, affaiblissement général de l'intelligence. Idées délirantes de grandeur et de richesses. Excitation physique. Dysarthrie, Rigidité pupillaire. LCR 50 a, 17 l., CM et B +, B-W H₀. Sa. : B-W et Hecht H₀.

Malarié en août, sans amélioration. L'agitation persistante du malade nécessite son placement en septembre à Villejuif dans le service du Dr DUCOSTÉ. Après un traitement de quelques mois, il est très amélioré et rentre chez lui.

Père âgé de 80 ans et paraissant plus jeune, grand et gros comme le malade. Mère morte très âgée, atteinte de « neurasthénie » (pas à l'asile). Ont eu 3 enfants dont deux filles, toutes deux de forte corpulence.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Excellent appétit. Avait depuis dix ans, après le repas, une forte envie de dormir et de la rougeur du visage. Pas buveur. Sensualité modérée.

A été marié deux fois, la première avec une femme devenue folle ; il en a un fils de 34 ans, doué d'une forte corpulence.

II. Caractère sociable, mais aimant la vie de famille. Très actif, ambitieux, très emporté, mais regrettant ensuite sa colère.

III. Type moyen. T 165, Tp 92, P habituel 70, Pi 3. Membres égaux au tronc en longueur.

Tronc de forme rectangulaire. Développement égal du thorax et de l'abdomen. Thorax large et épais. Ventre légèrement proéminent. Embonpoint moyen-fort.

Membres bien développés, surtout en muscles.

Tête courte, brachy (88). Visage rectangulaire, dont l'ossature forte est assez bien masquée par les chairs. Teint rose. Œil bleu. Cheveux blancs, début de calvitie.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION VII.

Début par plusieurs ictus. Démence incomplète. Idées ambitieuses dominantes. Traité par le stovarsol. Disparition du délire. Persistance de l'euphorie spéciale.

Excellente santé auparavant. Corpulence moyenne.

Li... Marcel, agent de la paix, âgé de 58 ans, entre en décembre 1931 dans le service des Chalets. Sa maladie remonte à un mois. Elle a commencé le jour de la Toussaint, par une perte brutale de connaissance, sans convulsion, avec cyanose du visage, amnésie consécutive. Ces pertes de connaissance se sont reproduites plusieurs fois dans les semaines qui ont suivi. Et, un beau jour, Z... grand amateur de chasse, déclare qu'il veut aller camper dans les bois ; on le retient et il ne donne pas suite à son idée. Mais, allant à la ville voisine, il fait des dépenses inutiles, et qui contrastent singulièrement avec son économie habituelle.

A l'hôpital, il se montre aimable, expansif et souriant. Il fait le salut militaire à ceux qui entrent. Pas d'agitation physique, mais bavardage intarissable.

« Je vais transformer ma maison en château, avec tout en or : ainsi, dans les escaliers, il y aura des rampes en or et les marches seront en marbre. Ici aussi, on va réunir tout le grand personnel de l'Administration ; mon fils va s'en charger, car il est le secrétaire général de toutes les administrations. Et on va transformer les hôpitaux, leur donner le plus grand confort, mettre de l'or partout. Mon fils va faire aussi des succursales de toutes sortes en province, d'automobiles, de cinéma parlant. »

Affaiblissement intellectuel global, mais peu marqué. Dysarthrie très légère aux mots d'épreuve. LCR positif. TA 20/8.

Traité par le stovarsol. Amélioration rapide. Le malade cesse de délirer. Tout en gardant son euphorie, il prend conscience qu'il a été malade, et se montre un peu confus des bêtises qu'il a dites. L'intelligence redevient tout à fait ce qu'elle était avant et le malade rentre chez lui.

Père plus petit et plus gros que le malade, est mort à 56 ans, en quelques semaines, d'une fluxion de poitrine.

Mère morte à 66 ans ; elle était démente sénile depuis 6 ans et avait été placée dans une Maison départementale. Ont eu trois enfants : un fils mort de méningite après l'adolescence, une fille morte de tuberculose pulmonaire.

A. et Constitution. — I. Toujours bien portant. Gros mangeur, mais non buveur. Marié à 24 ans et père de deux enfants.

II. Homme de famille, aimant recevoir du monde chez lui, mais ne recherchant pas les sociétés nombreuses. Econome et soigneux. Lent dans son travail, mais minutieux. Gai sans trop d'exubérance. Bavard. Des colères de temps à autre, de peu de durée.

III. Type moyen. T 168. Tp 90. P habituel 69, a maigri depuis quelques années et au début de la maladie jusqu'à 61, donc Pi de 9 à 17. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc en forme de rectangle, cependant un peu évasé vers le haut. Thorax prédominant, large et d'épaisseur moyenne. Bassin assez large, ventre flasque, comme d'un sujet qui a maigri. Embonpoint moyen. Pas de poils sur la poitrine.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17), de muscles longs et moyennement développés, d'embonpoint faible.

Tête forte, brachy (83). Le front et le crâne sont vastes, calvitie importante, cheveux grisonnants. Le visage est plutôt maigre et osseux. Teint très rouge. Œil châtain.

A signaler un petit entonnoir sternal bas situé.

OBSERVATION VIII.

Démence complète. Euphorie. Excitation intellectuelle avec délire des grandeurs. Malarié. Evolution d'un phlegmon ischio-rectal qui provoque une cachexie rapide. Apparition d'idées hypochondriaques et d'idées de persécution. Guérison de l'abcès. Retour de l'embonpoint et de l'euphorie du début. Mais, évolution d'un tabes ataxique.

Arn... Alfred, manoeuvre, âgé de 41 ans, entre dans le service des Chalets (Dr CROUZON) en août 1929. Il a cessé tout travail quinze jours auparavant, et depuis, il émet des propos extravagants. « Je suis, dit-il, un type épatant, un type dans le genre de Poincaré... Je suis un commerçant fameux. J'ai vendu l'année dernière 20.000 melons, 30.000 courges, un nombre incalculable de bananes poussées dans mon jardin de Clamart... Je vais couper tous les arbres pour les vendre... J'achète sur les marchés tout ce qu'on peut y acheter, et

les autres n'ont que ce que je leur laisse ». Bien qu'il se dise en excellente santé, il accepte bien volontiers qu'on le conduise à l'hôpital.

Il y montre la même satisfaction béate. Sourire. Epanouissement des traits. Exubérance. Idées absurdes de grandeur et de richesses.

A part l'inconscience complète de son état, il ne présente aucun signe de démence. Signe d'Argyll Robertson. Réflexes tendineux vifs. LCR, 120 a, 42 l., B-W H₀, B +. Sa. : B-W H₀, Hecht H₀.

Malarié en août. Les accès terminés, il se produit un phlegmon ischio-rectal d'évolution grave. Fièvre élevée. Etat cachectique, gros amaigrissement. Au cours de cet état, le malade perd son euphorie coutumière. Il se soucie puérilement de sa santé. Il dit qu'on ne le soigne pas bien, qu'il va faire venir son médecin pour le soigner. Il se fâche même. L'abcès guéri, il redevient euphorique et expansif. Et, à son premier lever, on s'aperçoit qu'il est gravement ataxique : il marche en lançant les jambes en avant et de côté, et en talonnant. Signe de Romberg. Les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis. Au point de vue mental, il y a une certaine amélioration. Quoique euphorique, le malade est dans une certaine mesure conscient qu'il a été malade, et il ne délire plus.

Revu en 1931, état stationnaire.

Constitution. — Type moyen. T 170, Tp 90, P 80, Pi 0. Membres égaux au tronc.

Tronc massif, haut et épais. Légère prédominance en surface du thorax sur l'abdomen. Embonpoint moyen fort. Poils châtain foncé, abondants sur la poitrine.

Membres d'ossature moyenne-forte (tp. 18), de muscles très bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête brachy (80). Visage de contour rectangulaire, bien en chair. Teint rougeâtre. Œil châtain.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION IX.

Démence complète. Idées délirantes de grandeur très développées. Excitation sexuelle. Paralyse de la parole et des membres. Evolution rapide vers la cachexie.

Bonne santé auparavant. Forte corpulence.

Alex... Gaston, employé de l'Octroi, âgé de 53 ans, est amené en février 1932 dans le service des Chalets. Il a commencé d'être malade il y a un an. Jusque-là pourvu d'un bon embonpoint, il s'est mis à

maigrir, sans cependant accuser aucun trouble. En novembre 1931, autre symptôme : il fait des erreurs fréquentes dans ses comptes d'Octroi, et aussi lorsqu'il fait des emplettes au marché. En janvier suivant, le médecin du pays le trouve bizarre, mais ne porte aucun diagnostic. Peu de temps après le sujet devient inapte à tout travail. Il ne se soucie plus de rien. A table, il mange gloutonnement, et prend même la portion de sa femme. Il ne s'agite pas, mais il présente une grande excitation sexuelle ; à toute heure du jour, et sans souci de l'endroit, il harcèle sa compagne. Contraste avec l'indifférence qu'il avait depuis longtemps. Il émet des propos ambitieux et absurdes. Il dit à tout venant qu'il a sauvé la France, qu'il possède des châteaux et des millions, — et il le répète sans cesse. Dans ce sens, il écrit à trois reprises à Coty pour lui offrir sa collaboration. De plus, il montre de la gêne dans les mouvements et dans la démarche : il bronche souvent, et il avance les pieds écartés. On le conduit alors à la Salpêtrière, dans le service du D^r GUILLAIN. Même état démentiel et délirant. Mais bientôt, il s'agite et il est passé aux Chalets.

Gâteaux et grabataire, il offre par ailleurs les marques de la démence la plus complète avec confusion totale des idées. Propos hachés et incompréhensibles, dans lesquels cependant certains mots indiquent encore le délire ambitieux. Ne reconnaît pas sa femme. Dysarthrie, Rigidité des pupilles. LCR, 71 a, 47 l., B-W H₀. Sa : B-W H₀.

Cachexie très rapide. Mort en quelques mois.

Père de forte corpulence, mort subitement à 57 ans, d'une maladie de cœur. Mère assez grande, de corpulence moyenne, morte à 72 ans de « congestion cérébrale ». Ont eu deux enfants. Outre le malade, une fille de 64 ans, qui était de forte corpulence, mais a maigri depuis quelques années tout en restant bien portante.

A. et Constitution. — I. Était bien portant jusqu'à la guerre. A été ensuite pensionné à 30 % puis à 10 % pour bronchite. Marié à 20 ans : a un fils de 32 ans, grand et robuste comme son père.

III. Type moyen, T 170, Tp 90, P habituel 80, Pi 0. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, d'épaisseur moyenne. Embonpoint très réduit par la maladie.

Membres bien développés comme musculature.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION X.

Démence. Agitation physique. Euphorie. Idées de grandeur dominantes. Familiarité érotique avec les visiteurs.

Assez bonne santé auparavant. Forte corpulence.

Quatre sœurs mortes de Phtisie galopante.

Be... Marthe, commerçante, âgée de 47 ans, est amenée du Commissariat au service des Chalets. Elle vient de se disputer avec un chauffeur de taxi, parce que, dépourvue d'argent, elle ne peut le payer. Il y a 3 mois que sa conduite est devenue incohérente ; cela a débuté peu après la naissance de son dernier enfant. Un jour, elle laisse chez elle son nourrisson, et disparaît pendant 3 heures. A son retour, on s'aperçoit qu'elle a perdu une somme de 500 francs, elle est incapable de dire ce qu'elle en a fait, ni l'endroit où elle s'est rendu. Peu de temps après, elle oublie sa valise sur le quai d'une gare.

A l'examen, état démentiel. Ne pense plus qu'à elle-même. A perdu toute critique de ses actes et tout sens moral. Euphorie, agitation marquée. Bruit nocturne. Bavarde intarissablement et énonce des idées de grandeur extrêmement diverses. Elle est reine, elle a des millions, elle a de nombreux amants, elle est jeune, elle est belle. Dit de son dernier-né, âgé de 3 mois, qu'il a cinq ans et qu'il marche tout seul... etc. Familiarité érotique avec le médecin. Dysarthrie légère. Rigidité des pupilles. LCR 55 a, 5 l., B-W H₀, B +. Sa : B-W et Hecht H₀.

Malariée en août 1931, sans aucune amélioration. Au cours d'une période de calme, elle est emmenée par sa famille.

Père mort à 76 ans « asthmatique ». Mère âgée de 66 ans. Ont eu 12 enfants, 11 filles et 1 garçon. La malade est l'aînée. Tous sont de forte corpulence. Etaient ainsi notamment 4 filles qui sont mortes à 17, 20, 28 et 32 ans de phtisie galopante.

A. et Constitution. — I. Santé bonne dans l'ensemble. A eu cependant en 1918 une congestion pulmonaire, et toussé depuis cette époque. Appétit bon.

Mariée à 21 ans, et mère de 4 enfants : deux sont très forts, fille de 22 ans, de taille moyenne, pèse 70 kgs., fils de 18 ans, de grande taille, pèse 88 kgs.

II. Caractère peu sociable, sérieux, d'une très grande activité. Emportements fréquents sur fonds de douceur.

III. Type court, T 165, Tp 88, P habituel 72, Pi 5. Les membres sont plus courts que le tronc.

Tronc haut, large et épais, de forme rectangulaire. Thorax large, épais, épaules droites, angle xiphoidien obtus. Bassin moins large que les épaules. Ventre proéminent. Embonpoint moyen-fort.

Membres déliés. Leur racine est forte, enveloppée d'embonpoint et prise dans la masse du tronc. Par contre leur segment distal (avant-bras et jambe) est d'un galbe nerveux (tp. 16).

Peau blanc mat. Cheveux bruns. Œil vert-bleu.

Tête globuleuse, sous-brachy (80). Visage carré, bien en chair, sans graisse. Front vaste et bien différencié (Pl. XI, fig. 1).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XI.

(Service du Dr H. BARUK).

Début par hémiplegie droite transitoire. Récidive de l'hémiplegie un an après. Puis idées délirantes de grandeur. Euphorie. Dysarthrie. Disparition complète de la paralysie. Etat démentiel devenu chronique ; délire stéréotypé.

Corpulence moyenne.

Pas de renseignement sur l'hérédité.

Lo... Louis, adjudant, âgé de 42 ans, entre au Val-de-Grâce, dans le service du Prof. FRIBOURG-BLANC, en juin 1931. Il vient de l'hôpital militaire de X... où il a été admis, six mois auparavant, pour troubles mentaux et hémiplegie droite survenue brusquement. L'hémiplegie a régressé, et, à l'arrivée du malade à Paris, on n'en constate plus trace. Pareille manifestation morbide serait survenue déjà il y a un an, sans laisser de séquelle.

Au Val-de-Grâce, Lo... présente les signes d'un état démentiel profond. Euphorie niaise. Indifférence. Approbativité. Il a été, dit-il professeur à Saint-Cyr, et général en chef pendant la guerre. On lui rend les honneurs dus à ses mérites. Ses deux enfants et sa femme sont également professeurs agrégés... etc. Dysarthrie. Pupilles irrégulières et ne réagissant pas à l'excitation lumineuse. LCR 200 a, 20 l., B-W H₀. Sa: B-W +

Malarié le 13 juin. Aucune amélioration. Placé en juillet à la Maison Nationale. Examiné par nous en mars 1932. il est toujours dans le même état. Euphorie et indifférence démentielles. Dit à plusieurs reprises qu'il va ce soir au cirque, et qu'il s'en va demain. Aucune exaltation. Même plutôt taciturne. Si on l'interroge, il exprime ses

idées de grandeur d'une voix indifférente. L'état général semble décliner un peu : le malade a notamment maigri.

A. et Constitution. — I. Marié et père de deux enfants. Pas d'autre renseignement.

III. Type moyen, T 167, Tp 91, P 67, Pi 9. Membres légèrement supérieurs au tronc en longueur (Planche II).

Tronc de forme rectangulaire, légèrement évasé vers le haut, de hauteur moyenne, large et épais. Thorax vaste. Abdomen assez fort, non proéminent. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche. Poils châtain foncé, très abondants sur la face antérieure du tronc.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16,5) de muscles très bien développés, d'embonpoint moyen. Main courte et charnue.

Tête moyenne, brachy (86). Visage de contour rectangulaire, semble avoir été plein et charnu, mais actuellement amaigri. Mâchoire forte. Nez moyen. Crâne et front vastes. Cheveux châtain ; très légère calvitie. Œil bleu. Teint rouge.

Légère asymétrie faciale.

OBSERVATION XII.

(Service du D^r BARUK)

Début en 1919 par fugues, tentatives de violence, achats inconsidérés. Depuis cette date, interné à la Maison Nationale. Santé physique excellente. Euphorie. Indifférence à son sort. Délire des grandeurs très développé.

Corpulence forte.

Pas de renseignements sur l'hérédité.

He... Charles, tapissier, âgé de 54 ans, entre en 1919 à la Maison Nationale sur un certificat d'internement du Prof. P. MARIE « ...est atteint de méningo-encéphalite diffuse avec troubles mentaux graves (fugues, tentatives de violence, achats inconsidérés) ».

Il est resté à l'asile depuis cette époque. Il est calme. Santé physique excellente. Aide les personnes de service dans leurs travaux. A des idées de grandeur nombreuses et variées.

Examiné par nous en mars 1932. Bon état général. Embonpoint. Agilité. Poli et bien orienté. Comprend les ordres qu'on lui donne. Au début de l'examen, il ne parle pas, mais lorsqu'on l'interroge, il émet des propos extravagants : « J'ai fait revenir beaucoup de gens à la vie... C'est avec des appareils venant d'Amérique, je sais m'en servir épatamment. On me les envoie de là-bas, on ne me les fait pas

payer, on me les donne pour rien, parce que c'est moi. Ce sont des appareils fabriqués spécialement pour moi. J'ai gagné ainsi beaucoup d'argent. J'ai de grandes richesses ; elles sont dans des tas de coffres-forts ». Par ailleurs, il trouve que tout va bien, que la nourriture est très bonne, qu'il est bien habillé... etc. Dysarthrie légère. Pupilles en myosis, et rigides.

Constitution. — Type moyen massif, T 168, P 88, Tp 103, Pi — 23 Membres supérieurs égaux au tronc. Membres inférieurs plus courts.

Tronc de forme rectangulaire, un peu évasé vers le haut. Thorax vaste : large, haut et épais. Ventre large, épais, bedonnant. Embonpoint fort. Peau rosée. Peu de poils.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17,5), de musculature ferme et bien développée, d'embonpoint moyen. Main charnue et courte.

Tête globuleuse, sous-brachy (83) : Visage large et bien en chair ; mâchoire large et forte ; front vaste ; cheveux grisonnants ; large calvitie débutante ; teint rouge ; oeil châtain.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XIII.

(Service du D^r BARUK)

Début en 1927. En février 1928, est examiné par le D^r FRIBOURG-BLANC. Excitation, turbulence, colères violentes. Idées délirantes de grandeur très accusées. Excellent état général. Par la suite, persistance du délire et de temps à autre, colère et brutalité.

Forte corpulence.

Aucun renseignement sur l'hérédité.

R... Martel, ouvrier de la Marine, âgé de 36 ans, entre en oct. 1928 à la Maison Nationale. Il est resté plusieurs mois au Val-de-Grâce, d'où on l'a transféré avec le certificat suivant :

« Est atteint de syphilis cérébrale caractérisée en février 1928 par une atteinte de la troisième paire droite, compliquée de méningo-encéphalite diffuse avec des idées délirantes mégalomaniques, grands projets absurdes, irritabilité, excitation psychique et physique, agressivité et violences » (D^r FRIBOURG-BLANC).

Même état à la Maison Nationale. Malade actif, aide dans leurs travaux les personnes du service. Se montre de temps à autre dangereux par ses colères violentes au cours desquelles il est très brutal. LCR en août 1930 : 60 a, 0 l., B-W + partiel, B +. Il est alors traité par le Dmelcos (6 injections de 3 cmc.) et reçoit ensuite 6 gr. de tryparsamide. Pas d'amélioration.

Examiné par nous en mars 1932. Excellent état général. Embonpoint. Expansivité et euphorie. Tic : tient presque constamment un doigt entre ses lèvres, même quand il parle. Parle à voix assez basse et très rapide. Emet des propos très incohérents. Répond à côté des questions posées. Idées délirantes. Dit avoir vingt-cinq ans. Se dit ingénieur de la Marine. Dit avoir des millions. Forte dysarthrie. Pupilles très inégales et réagissant mal à la lumière. Signes de démence globale.

Constitution. — Type moyen massif. T 163, Tp 100, P 76, Pi — 13. Tronc égal aux membres en longueur.

Tronc de forme rectangulaire, un peu évasé vers le haut. Thorax large et épais, angle xiphoïdien obtus. Ventre large et fortement bedonnant. Embonpoint fort. Peau rosée. Poils très abondants sur la poitrine et sur le ventre.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16) de musculature très bien développée, d'embonpoint moyen. Main courte et épaisse.

Tête volumineuse, brachy (85). Visage large et fort en chair. Mâchoire forte. Nez charnu. Front vaste. Cheveux châtain foncé ; calvitie débutante. Œil châtain. Teint rouge.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XIV.

Début par une phase dépressive, la maladie n'est pas reconnue. Rémission de 7 mois. Reprise. Agitation extrême. Délire polymorphe : idées de grandeur, idées mystiques, idées érotiques.

Malariée. Légère amélioration.

Bonne santé antérieure. Corpulence plutôt forte.

Ga... Hélène, âgée de 57 ans, entre dans le service des Chalets en avril 1931. La maladie a chez elle évolué en deux phases. La première a été marquée en juin 1930 par un état dépressif : tendance à fuir la société, et à s'isoler, tristesse, tentative de suicide avortée. Il y a eu semble-t-il à cette époque quelques hallucinations visuelles de type mystique. Depuis, elle s'est égarée une fois dans la rue. Cet état se prolonge quelques mois. Puis une amélioration survient, qui dure 7 mois. La seconde phase de la maladie s'est annoncée il y a 6 semaines par une grande agitation et des propos délirants. Admise dans le service du Dr CROUZON, elle y présente une agitation incessante, une inconscience totale de son état et du lieu où elle est, des idées délirantes nombreuses et parfaitement incohérentes. Idées de grandeur :

elle est la fille de Dieu, elle est Sainte, le monde entier obéit à sa voix ; les oiseaux même reconnaissent son pouvoir supérieur, elle leur enjoint de venir à ses pieds demander pardon des fautes qu'ils ont commises et se racheter ; elle se livre dans le jardin à une foule de gestes énigmatiques qui ont pour but, dit-elle, de soumettre à son influence toute la nature. Familiarité érotique avec le médecin, qui est son fils, déclare-t-elle et qu'elle invite constamment à venir partager sa couche. Puisqu'il est son fils, il est aussi le fils de Dieu. Et, l'instant d'après, elle lui reproche de ne pas la nourrir convenablement, elle le traite de bandit et, par ses paroles, elle prétend le chasser loin d'elle. Malgré une légère tendance aux idées de persécution, — conséquence du traitement qu'on lui fait subir et qui est indigne d'une Sainte — la note euphorique domine.

Quelques hallucinations visuelles : déclare avoir vu le Saint-Père dans sa cellule.

Amaigrissement important. Pas de dysarthrie. Signe d'A. Robertson. LCR, 100 a, 26l., B-W, et Benjoin positifs. Réaction du sang négative.

Traitée par la malaria le 6 juin. Agitation encore plus marquée. Idées de persécution. Colères. Amaigrissement plus prononcé. Teint jaune. Les accès coupés, l'état est semblable à ce qu'il était avant le traitement.

Reprise par sa famille le 22 juillet. Revue en mars 1932. La malade n'est plus agitée, mais l'état démentiel ne s'est pas amendé. Persistance de quelques idées délirantes, de nature mystique et mégalo-maniaque. Dit par exemple à son mari qu'à la Salpêtrière on lui avait mis un dentier en or. Dysarthrie légère. A repris son embonpoint antérieur, qui était assez important.

Père était bien portant, mort très âgé d'un accident. Mère de bonne santé habituelle, morte à 75 ans. Ont eu deux enfants. Avec la malade une fille actuellement âgée de 70 ans, bien portante, très active, de taille petite, de corpulence moyenne.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Cependant a souffert à deux reprises de douleurs articulaires et de céphalées intenses, une première fois en 1917, une seconde fois il y a quatre ans. Gros appétit.

Mariée deux fois. De son premier lit, trois enfants morts à terme.

II. Caractère très sociable, gai, très impulsif. Grande activité. Croyances religieuses.

III. Type moyen, T 167, Tp 88, P 72, Pi 7. Membres égaux au tronc.

Tronc puissant, large et d'épaisseur moyenne, de forme rectangulaire. Thorax bien développé : épaules droites, angle xiphoïdien large. Bassin large. Ventre légèrement proéminent. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres bien développés, d'ossature moyenne-faible (tp. 15,5) de muscles fermes et de volume moyen, d'embonpoint moyen.

Tête mésati (78). Visage en ovale court, bien en chair, de teint rose. Œil châtain. Cheveux châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XV.

Début par amaigrissement, et agitation. A la période d'état, idées de jalousie et idées de grandeur dominantes. Excitation physique et sexuelle. Démence.

Bonne santé habituelle et forte corpulence.

Hérédité yésanique.

Du... Georges, comptable, âgé de 31 ans, entre dans le service des Chalets, en mars 1932. Il est malade depuis deux ans et demi. Il était auparavant de forte corpulence. Il maigrit beaucoup (de 22 kgr.), il peine au travail, il perd la mémoire. Quelques mois après, il s'agite la nuit, il se montre violent. Il veut un jour étrangler son enfant parce que celui-ci crie. Un mois avant son admission, il ne tient pas en place. Excitabilité sexuelle anormale (veut faire l'amour n'importe où et à toute heure de la journée). Se montre jaloux de sa femme et brutal envers elle. Passe de la dépression à l'exaltation en quelques instants. Bientôt, il tient des propos absurdes, qui se mélangent à ses idées de jalousie.

A l'hôpital, il montre une grande exaltation d'idées et de gestes. Il va passer bientôt député, dit-il. Il va être ténor à l'Opéra-Comique. Il va s'acheter un grand appartement dans la maison dont il est le concierge, car il est très riche... etc. Dysarthrie aux mots d'épreuves. Pupilles réagissant mal à la lumière. Inconscience complète de son état. Euphorie.

LCR, 40 a, 70 l., B-W et Benjoin positifs.

Aucunement amélioré après un mois de séjour, il est transféré.

Père de forte corpulence (90 kgr. pour taille de 170), atteint de diabète, mort à 55 ans des suites d'un phlegmon. Mère de corpulence moyenne, bien portante, âgée de 52 ans. Ont eu trois enfants. Deux tantes de la branche paternelle ont été aliénées : l'une morte à 32 ans,

l'autre internée à 60 ans pour un délire hallucinatoire. Un oncle de la branche maternelle est mort aliéné vers 35 ans, vraisemblablement de paralysie générale.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Bon mangeur. Pas d'excès de boisson. Excès génitaux.

Marié à 21 ans. Un enfant.

II. Caractère anormal. Très intelligent, brillant même à l'école. Enfant, était déjà indiscipliné, menteur, voleur. Plus tard a continué de voler. De plus brutal et jaloux. Coléreux et rancunier.

III. Type moyen, T. 174, Tp. 92, P. habituel 90, Pi — 8. Membres égaux au tronc.

Tronc de contour rectangulaire, large et d'épaisseur moyenne. L'embonpoint devait être fort, étant donné le poids habituel ; il est actuellement moyen.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés d'embonpoint moyen.

Tête mésati (79). Visage bien en chair. Teint mat. Cheveux châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

* * *

Nous n'allons faire aucun commentaire sur le tableau clinique que ces formes réalisent, ni sur leur évolution, plus ou moins influencée par le traitement. Notre but est autre. Il est d'examiner dans ses trois aspects la Constitution des sujets atteints de délire des grandeurs.

Si nous négligeons quelques différences de détail, nous pouvons faire les remarques suivantes.

Dans l'ordre physiologique, avant le début de la paralysie générale, l'état des principales fonctions était bon. Appétit souvent large. Activité génitale normale. Vie sociale active. Aucun de nos malades n'avait antérieurement fait de maladie sérieuse. Le seul antécédent personnel digne d'être remarqué est l'existence d'un état bronchiteux chez les malades des observations IV-IX et X ; chez le dernier, la bronchite s'était installée après une congestion pulmonaire.

Dans l'ordre psychologique, la plupart de nos malades ne pré-

sentaient aucune singularité. Intelligences moyennes, bien adaptées à la vie pratique. Caractères le plus souvent sociables, doux, expansifs, parfois cependant sujets à des colères de peu de durée. (1).

Dans l'ordre physique, tous sans exception ont une constitution robuste. Bon développement du squelette : type architectural moyen ou court. Embonpoint musculaire et graisseux convenable. Pour quelques cas forte corpulence, non des membres, mais du tronc ; ventre proéminent. La massivité du corps est en conséquence, tantôt moyenne, tantôt forte ; l'indice de PIGNET, qui la mesure, oscille autour de 0-5, avec comme valeurs extrêmes 23 et 13 (cf Pl. 1 et 2)

La brachycéphalie est de règle. Un seul malade présente un indice de 78. Chez tous les autres, l'indice est à 80 ou au-dessus ; il atteint même chez trois malades les valeurs de 85-86-88. Le visage est régulier, orthognathe. L'ossature en est bien développée ; la mâchoire forte, le nez plutôt petit, le front vaste et bien modelé. Les chairs sont pleines, sauf maigreur accidentelle ; elles dissimulent bien les saillies osseuses. La peau, qui est d'un blanc rosé au corps, est souvent rouge au visage. Les cheveux sont châains ; chez un grand nombre des malades du sexe masculin, on observe de la calvitie ; celle-ci est chez quelques-uns très étendue, c'est une calvitie débutant par le sommet du crâne et s'étendant régulièrement de chaque côté, sans îlots erratiques (neuf malades sur treize). L'œil est bleu ou châain. (cf Pl. XI fig. 1, 2, 3,).

Nous en aurons terminé avec cette description quand nous aurons dit que, sauf deux exceptions, nos malades ne présentent aucune déformation physique. Les deux exceptions concernent les observations IV et XI, où nous trouvons signalée une asymétrie faciale modérée : le malade de l'observation IV a de plus une gibbosité dorsale liée à une affection chronique des voies respiratoires.

1. La seule exception à ce tableau concerne l'observation XV ; nous aurons lieu d'en reparler à la seconde partie de ce travail.

DEUXIÈME SÉRIE

Paralysie générale de type mélancolique

OBSERVATION XVI.

Début par état dépressif et ictus suivi d'hémiplégie transitoire. Démence incomplète. Dysarthrie. Tristesse.

Deux ans après, tentative de suicide. Conscience de la maladie. Quatre ans après, ictus épileptiformes très fréquents.

Bonne santé auparavant. Syphilis en 1917, à l'âge de 33 ans.

Cr... Paul, chef-comptable, âgé de 43 ans, est admis aux Chalets en juin 1927. Début de la maladie en mars par des troubles variés. Troubles de la santé générale : amaigrissement important (de 76 à 60 kgs.), manque d'appétit, toux fréquente ; on le soigne d'abord pour l'estomac, puis pour le foie, car il a eu quelques semaines auparavant des vomissements très abondants. Exagération du caractère sombre et taciturne habituel ; on pense à la neurasthénie simple. Troubles des facultés intellectuelles : fait des erreurs dans ses comptes, dort sur son travail. En mai, trouble d'un autre ordre : perd brusquement connaissance et s'affaisse ; quand il se relève, il est atteint d'hémiplégie droite et d'aphasie, qui, toutes deux, régressent ensuite assez rapidement.

A l'examen, signes d'un déficit global de l'intelligence, un certain degré d'agitation, un tremblement très marqué de la langue et des lèvres, de la dysarthrie associée à un peu d'aphasie. Aucun signe de paralysie des membres ; réflexes tendineux vifs ; pas de Babinsky. Pupilles inégales, réagissant à la lumière. LCR 60 a, 4 l., B-W H₀, B +. Sa : B-W H₃, Hecht H₀. TA 14,5/8.

Malarié en juillet, puis traité par le stovarsol d'une manière régulière. Pas d'amélioration sensible. Le malade est dans une certaine mesure conscient de son affection. Il est triste, taciturne, geignard. Rentré chez lui, il est incapable de se livrer à aucun travail. Un jour, il se jette sous un tram, mais il n'est pas blessé (1929). Il déclare

qu'il a voulu en finir, parce qu'il s'ennuie de ce que sa femme le laisse seul à la maison.

En mai 1931, il est ramené une troisième fois à l'hôpital pour des crises de type épileptique. Ces crises ne cèdent pas au gardénal. Elles se répètent fréquemment, au moins une fois par mois. Le malade s'affaiblit. Il maigrit. L'intelligence baisse de plus en plus.

Père de taille plus petite que le malade, trapu, d'une bonne santé habituelle, mort à 70 ans d'un cancer intestinal. Mère grande et de forte corpulence, morte à 58 ans. Ont eu 5 enfants : un fils décédé enfant de convulsions, trois filles et un fils en bonne santé et de corpulence plus forte que le malade.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Etait gros mangeur, mais ne buvait pas.

Marié à 22 ans ; a eu deux enfants, l'un est mort à 2 ans de broncho-pneumonie, l'autre est une fille de 20 ans qui ressemble au physique et au moral à son père, elle est notamment très nerveuse.

Une seule maladie importante, la syphilis, en 1917. En 1923, maux de tête. En 1925, vomissements, B-W dans le sang H_o. En 1926, trois séries de novar intraveineux qui ne négativent pas le B-W.

II. Caractère peu sociable, aimant la vie de famille, taciturne, volontiers jaloux. Des colères de temps à autre.

III. Type moyen, T 169, Tp 90, P habituel 76, Pi 3. Membres sensiblement de même longueur que le tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Thorax sensiblement égal à l'abdomen. Embonpoint moyen-fort. Appareil pileux du tronc bien développé.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16,5), de musculature bien développée, d'embonpoint moyen faible.

Tête moyenne, mésati (78). Visage allongé verticalement, plein et charnu. Front petit, plat. Tempes creuses. Insertion des cheveux placée bas. Œil saillant. Cheveux brun-foncé grisonnants. Teint cuivré.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XVII.

Démence très incomplète. Dysarthrie très prononcée. Dépression mélancolique : peur de se suicider. Malarié sans amélioration.

Bonne santé auparavant. Corpulence moyenne.

Famille saine. Un fils chétif et scoliotique.

Herr... Adrien, ajusteur, âgé de 44 ans, entre dans le service des Chalets en juin 1931. Sa mère, qui rapporte la maladie dont il souffre

aux chagrins de son ménage, la fait remonter à 1929, année pendant laquelle A. a divorcé. A la suite, son caractère s'est modifié en s'exagérant : il est devenu triste et taciturne. Il se plaignait de maux de tête, de douleurs dans les jambes et de fatigue générale. Il y a deux mois, il a été mis à la porte de l'atelier où il travaillait, sans doute parce qu'il faisait mal sa tâche. Il a maigri. Et surtout, son découragement était extrême ; il disait à sa mère qu'il ne pouvait plus lutter contre son chagrin et qu'il avait peur de se pendre. Toutefois, se sentant malade, il a accepté de voir un médecin.

A l'hôpital, calme et abattu. Taciturne, mais répond docilement, d'une voix monotone et basse, aux questions qu'on lui pose. A conscience qu'il est malade. Ralentissement plus qu'affaiblissement des facultés intellectuelles. Politesse envers l'entourage. Humeur dépressive : dit qu'il craint pour l'avenir, dit qu'il manque de confiance. Aucune idée délirante. Dysarthrie très marquée. Tremblement de la langue et des lèvres. Pupilles inégales, la gauche étant en forte mydriase ; toutes deux rigides. LCR, 60 a, 21 l., B-W H₀, B +. TA 13/8.

Malarié le 2 juillet. Pas d'amélioration. S'inquiète sans cesse de sa maladie ; s'inquiète aussi de ce que va devenir sa mère s'il ne gagne plus d'argent. Ralentissement mental plus accusé. Sensiblerie. En novembre, rentre chez lui, même état.

Père de taille moyenne, de forte corpulence, d'un caractère jovial et gai, a fait quelques excès de boisson, est mort à 87 ans. Mère âgée de 80 ans, d'excellente santé, petite, maigre et bossue, de caractère soucieux. Grande longévité dans les deux familles.

A. et Constitution. — I. Rarement malade ; se plaignant de « points de côté » vers l'âge de 14 ans. Petit mangeur. Sobre. Aimant l'exercice physique et cultivant beaucoup la gymnastique.

Marié deux fois, a obtenu chaque fois le divorce à son profit. De son premier lit, a un fils de 23 ans, chétif et scoliotique (poids 50 kgr.) refusé au conseil de révision.

II. Caractère très sensible, soucieux, inquiet, peu sociable, solitaire, se méfiant volontiers de son entourage. Des colères fréquentes, mais vite oubliées.

III. Type court, T 154, Tp 89, P habituel 60, Pi 5. Membres un peu plus courts que le tronc.

Tronc haut, large, et d'épaisseur moyenne, s'évasant en haut vers des épaules larges. Le thorax est en effet plus vaste que l'abdomen ; sa face antérieure est bosselée, avec un creux en rigole au sternum

et une structure transversale sous-mammaire. Quelques poils péri-mammaires. Ventre d'épaisseur moyenne, enveloppé d'une ceinture musculaire puissamment développée. Embonpoint moyen. Peau mate. Poils abondants au ventre.

Membres d'ossature moyenne (tp 16), de muscles très bien développés, d'embonpoint faible.

Visage plein, bien en chair. Cheveux noirs. Œil vert-bouteille. Teint mat-rose.

Aucune dégénérescence importante.

OBSERVATION XVIII.

Début par affaiblissement intellectuel, gros amaigrissement, et état mélancolique avec idées de suicide. Dysarthrie. Malaria. Amélioration considérable: retour de l'embonpoint, de l'euphorie et de l'activité normale.

Excellente santé auparavant. Forte corpulence.

Hérédité dépressive (le père).

G... Alfred, commis d'assurances, âgé de 32 ans, entre dans le service des Chalets, le 19 novembre 1928. Depuis un an, il n'est plus le même homme. Il néglige ses affaires. Il a des oublis nombreux et fait des erreurs importantes. Ainsi, au sortir de la maison d'un client, il ne parvient pas à se rappeler à quel endroit il a laissé son auto. De même, il intervertit les dossiers de ses clients. Il est triste, il a l'humeur inquiète, il croit qu'on lui en veut dans la maison où il travaille. Et, à deux reprises, il change de place. En octobre, l'état s'aggrave. Il se croit ruiné, il pleure sans cesse, il croit qu'on va venir l'arrêter, parce qu'il s'est trompé dans ses comptes. Il déclare qu'il vaudrait beaucoup mieux qu'il se tue, mais il n'ébauche pas la moindre tentative dans ce sens. Il maigrit beaucoup (environ 18 kgr.).

A l'examen, A. se présente comme un mélancolique. Attitude fléchie. Taciturnité. Voix basse. Attente anxieuse. Mais il a par ailleurs un tremblement marqué de la langue et des mains, un peu de dysarthrie, du myosis (sans Argyll-Robertson). LC-R, 60 a, 42 l., B-W H₀, CM H₀, B +. TA 13/7.

Malarié en janvier 1929. Amélioration. On note en juin : excellent état général. A repris son embonpoint antérieur. Activité professionnelle normale. Ni déprimé, ni triste. Au contraire euphorique. Revu en octobre, puis en février 1930, puis en mai ; même état. En mars 1932, paraît tout à fait guéri. Physiquement très bien. Pèse 88 kgr., a un excellent appétit, des fonctions génitales normales, alors qu'au début de sa maladie, il était impuissant. Intellectuellement, bonne

activité : il a repris son ancienne place. Toutefois, il semble désordonné, mais c'est peut-être là un trait de son caractère. Exubérance et euphorie peut-être naturelles elles aussi.

Père plus grand que A. et d'aussi forte corpulence que celui-ci, faisait des abus d'alcool, mort vers 50 ans. Mère âgée de 72 ans, bien portante, petite et boulotte. Ont eu, avec celui-ci, trois autres fils ; deux ont été tués à la guerre, le troisième est petit et de forte corpulence.

Il faut noter que le père avait eu, vers 40 ans, une période de dépression, et avait tenté alors de se suicider.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Gros appétit. Pas d'excès de boisson. Sensualité moyenne.

Marié à 25 ans, et père d'une fillette.

II. Caractère sociable, aimant la gaieté, mais s'attristant d'un rien. Préfère le calme et la solitude aux sociétés bruyantes. Très actif. Exalté et sujet à des colères violentes (à briser les objets) qu'il regrette l'instant d'après.

III. Type moyen, T 173, Tp 105, P 88, Pi — 20. Membres égaux au tronc en longueur.

Tronc large et épais. Egalité du thorax et de l'abdomen. Embonpoint important. Thorax large, angle xiphoidien obtus. Ventre large et un peu proéminent. Poils d'abondance moyenne sur la poitrine.

Membres d'ossature moyenne-forte (tp. 18), de muscles puissants, d'embonpoint moyen.

Tête forte, mésati (78). Visage plein et charnu. Teint rouge. Œil vert-clair. Cheveux bruns.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XIX.

Début par idées hypochondriaques : craintes de maladie, craintes d'empoisonnement. Très rapidement, indifférence démentielle.

Très bonne santé auparavant. Forte corpulence. Excès alcooliques et vénériens. Hérité vésanique.

Pr... Edouard, âgé de 33 ans, représentant de commerce, entre aux Chalets en septembre 1931. Sa maladie date de trois ans ; elle a eu comme cause provocatrice une série de soucis. Le malade étant ivre, a eu un accident d'auto ; comme il était en faute, il a été con-

damné. Il fait appel, mais l'appel est rejeté. De ce moment, Pr... devient triste et taciturne. Le moindre bruit le fait tressaillir ; il s'enferme chez lui. Il est envahi de craintes. Il craint d'être malade, d'avoir un cancer. Il consulte à ce sujet différents médecins, et suit simultanément toutes leurs ordonnances. D'ailleurs, il paraît bizarre à sa famille et tient parfois des propos absurdes. Un jour, chez sa mère qui l'héberge, il ne veut plus manger, il prétend qu'on l'empoisonne. On va venir l'arrêter, le tuer peut-être. Et, un matin, il s'enfuit à demi-habillé de la maison pour échapper à ses persécuteurs. Il est alors admis dans une Maison de Santé, où, ayant reconnu la paralysie générale (P. L. positive), on pratique la malariathérapie. L'excitation se calme, mais le malade tombe dans une prostration indifférente.

Dans le service, il se présente comme un dément apathique et déprimé. Il est prostré, le visage atone et triste. Il répond avec docilité, mais d'une voix lente et monotone, aux questions qu'on lui pose. Il a vaguement conscience qu'il est malade. Il se plaint d'être fatigué. Il semble avoir de temps à autre quelques hallucinations auditives, mais on ne peut les affirmer de façon certaine. Dysarthrie légère. LCR., 25 a, 3 l., Targowla, B-W et Benjoin négatifs. Sang négatif. TA 12/7.

Malarié le 31 août sans amélioration.

Père de robuste constitution; de teint coloré, buveur, mort à 57 ans, en trois jours, de furonculose. Mère âgée de 59 ans, robuste, nerveuse et émotive. Ont eu deux enfants : le frère du malade est d'un caractère nettement paranoïaque.

Longévité et polynatalité dans les deux familles. A signaler primo que deux tantes de la branche paternelle sont mortes vers 30 ans internées, la première pour folie des grandeurs, la seconde pour folie mystique — secondo, que, du côté maternel, huit enfants sont morts entre 3 et 4 mois avec convulsions.

A. et Constitution. — I. Très bonne santé. Grand mangeur. Grand buveur. Sensualité très développée.

Marié sans enfant.

II. Intelligence très brillante.

Caractère excessif en tout, porté aux excès (bachiques et vénériens), très coléreux. Très entreprenant, très travailleur. Taciturne. Sociable, mais par accès. Moralité assez faible.

III. Type moyen, T 176, Tp 96, P 80, Pi. 0. Membres égaux au tronc.

Tronc haut, large et épais, légèrement évasé vers le haut par la

prédominance du thorax. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche. Poils châains, quelques-uns sur la poitrine.

Membres d'ossature moyenne-forte (tp. 18,5) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête brachy (87). Visage bien en chair. Teint rosé. Œil bleu. Cheveux châains.

Aucune dégénérescence.

* * *

Cette forme s'oppose à la précédente ; le contentement de soi est ici remplacé par la tristesse. Le tableau clinique en est bien connu. Toutefois, nous croyons utile d'appeler l'attention sur quelques particularités de nos observations.

Tout d'abord le début de la maladie est souvent beaucoup moins brusque que dans les formes mégalomaniaques. En raison de l'état dysphorique, bien avant que les symptômes de la paralysie générale soient manifestes, le malade accuse des troubles multiples. Troubles viscéraux, qui conduisent à rapporter le déclin de la santé à une affection du foie, de l'estomac ou à la neurasthénie simple (obs. XVI) Troubles de l'humeur, dans le sens dépressif, avec ou sans idées délirantes, qui font penser à la Mélancolie. La démence, bien qu'elle soit aussi profonde que dans les autres formes, est ici moins apparente : les malades gardent une certaine conscience de leur état. Les idées de suicide se retrouvent dans trois de nos observations ; dans un cas seulement elles ont conduit à une tentative, d'ailleurs avortée.

Par leur Constitution, ces malades s'apparentent à ceux de la première série.

Bonne santé habituelle.

Dans l'ordre du caractère, les deux premiers sont des déprimés habituels, et la maladie n'a fait qu'exagérer leurs tendances antérieures ; les deux autres ont une humeur cyclothymique, c'est-à-dire sociable et gaie, mais portée par moments à la tristesse. Tous les quatre sont bien adaptés à la vie sociale, avec cependant chez les deux premiers une légère propension à la solitude. Ce caractère d'adaptation se retrouve dans leur maladie :

Ces malades expriment en effet spontanément dans leur paroles et dans leurs gestes les idées tristes dont ils sont la proie. Envers le médecin, ils sont d'une confiance totale. Conscients dans une certaine mesure du mal qui les atteint, ils demandent à être soignés ; nous verrons combien les malades de la quatrième série sont sur ce point différents des précédents.

Dans l'ordre physique, nos quatre malades ont une constitution robuste, et en examinant celle-ci en détail, nous ne ferions que reproduire ce que nous avons dit des malades affectés de délire des grandeurs. Chez le moins corpulent des trois (Obs. XVII), l'indice de PIGNET ne dépasse cependant pas 5 ; nous devons noter chez lui un certain contraste entre la morphologie du corps, lequel est plus musclé que pourvu d'embonpoint, et celle du visage, qui est plein et bien en chair comme celui de sujets plus corpulents.

TROISIÈME SÉRIE

Paralysie générale avec délire des négations

OBSERVATION XX.

Début par des troubles conscients : incontinence d'urine, douleurs diffuses. Malarié. Très amélioré pendant quelques mois. Puis aggravation : idées extravagantes de petitesse et de négation. Amaigrissement. Démence euphorique. Dysarthrie. Quelques périodes d'agitation avec anxiété. Puis, démence apathique. Hallucinations visuelles nombreuses. Bonne santé antérieure. Forte corpulence.

De... Emile, chef électricien, âgé de 44 ans, entre aux Chalets en février 1930. Il est malade depuis un an.

Au début, troubles très divers. Amaigrissement. Insomnie. Douleurs erratiques : brûlures dans le dos, douleurs gastriques, céphalées. Incontinence d'urine prolongée pendant 6 mois. Colères violentes contre les ouvriers confiés à ses ordres. Conscience de sa maladie, et désir de guérir. A la suite d'un examen de sang positif, on institue un traitement. Puis, la ponction lombaire ayant révélé l'atteinte nerveuse, on pratique la malariathérapie. Amélioration. Séjour à la campagne. Reprend son poids antérieur (80 kgr.). Puis se remet au travail. La lassitude, les maux de tête ne tardent pas à réapparaître. Un jour, le malade entre dans une grande colère, injurie sa famille, brise la vaisselle.

Puis, il émet des propos extravagants. Il est tout petit, il peut s'envelopper le corps entier dans son veston. Il ne pèse plus que 8 kgr. et veut se peser sur une petite balance de 5 kgr. Il déclare qu'il ne peut plus parler, qu'il ne peut plus manger. Il est alors amené à la Salpêtrière.

Il déclare qu'il vient à l'hôpital pour inanition. « Je vais, dit-il, mourir dans cinq minutes. Je n'ai plus de bras, ni de jambes, ni d'estomac, ni de foie, ni de cœur, ni de langue. Seuls mes organes génitaux subsistent, mais ils sont très faibles. Le monde entier va périr avec moi. On ne comprend pas qu'il y ait le soleil en plein

hiver... Il y a à la maison où je travaille une grande pendule qui devait marcher deux mille ans, comme la Terre. Elle s'est arrêtée, elle s'est trompée de 70 ans, ce n'est pas beaucoup ! Et il n'y a pas moyen de la réparer. Comme la pendule ne marche plus, la Terre aussi s'est arrêtée. Tout le monde est mort. Il n'y a plus de métro, plus de téléphone, plus de T. S. F. ». Il dit tout cela avec une parfaite euphorie et ne semble nullement affecté de sa mort prochaine. Affaiblissement global, mais peu accentué, de l'intelligence. Excitation génitale se manifestant lors des visites de sa femme. Pas de dysarthrie. Rigidité pupillaire. LCR, 62 a, 6 l., B-W H^0 , CM H_0 , B +. Sa : B-W H_0 , Hecht H_0 .

Malarié une seconde fois en mars. A la suite d'une légère amélioration, il rentre chez lui. Il est ramené dans le service du Dr CROUZON en septembre, délirant toujours. « Je vais mourir dans cinq minutes, je n'ai plus de bras, je ne pèse plus que 10 kgr. ». Malarié pour la troisième fois en novembre. Après les accès, il est amélioré. Il connaît son poids réel ; il sait qu'il a dit des bêtises. L'amélioration s'accroît en décembre. Mais le 30 de ce mois, aggravation brusque. Il refuse de se lever, déclarant qu'il est mort. En janvier 1931, il ébauche quelques idées de persécution : il proteste contre son maintien à l'hôpital, il se fâche. Interné à Vaucluse en février, dans le service du Dr GENIL-PERRIN.

A l'arrivée à l'asile, il présente un ictère. Peu à peu, état d'indifférence démentielle : ne s'intéresse plus à rien, ne demande pas de nouvelle des siens : cependant reste poli, et remercie quand on lui donne quelque chose. Incontinence d'urines. Appétit conservé, mais amaigrissement.

N'a plus d'idées de négation, mais présente des hallucinations visuelles. Voit près de lui les médecins et les infirmières qui l'ont soigné à la Salpêtrière. Sainte Geneviève lui apparaît aussi, et il s'étonne que sa femme n'ait pas reçu, elle aussi, la visite de la sainte. D'autre part, il entretient de longues conversations téléphoniques à l'aide d'un écouteur imaginaire. Numéros et noms demandés correspondent à des clients ou amis réels.

A plusieurs reprises, le malade a énoncé des idées de grandeur. Sa belle-fille a passé sous l'Arc de Triomphe au milieu d'un grand cortège ; on lui a rendu des honneurs insignes parce qu'elle a ruiné l'Angleterre...

Père décédé à 69 ans de congestion pulmonaire. Mère âgée de 75 ans, robuste sans embonpoint, d'excellente santé.

A. et Constitution. — I. Très bonne santé habituelle. Gros appétit. Marié à 24 ans, pas d'enfant.

II. Caractère sociable, plutôt gai, entreprenant. Très grande activité. Intelligence organisatrice et pratique (deux cents ouvriers sous sa direction).

III. Type moyen. T 170, Tp 90, P 80 avant la maladie, Pi 0.

Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Egalité du thorax et de l'abdomen. Thorax large, d'épaisseur moyenne : angle xyphoïdien large. Bassin de largeur moyenne. Ventre un peu proéminent. Embonpoint moyen-fort. Peau mate.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés.

Tête sous-brachy (80). Visage plein et charnu. Œil châtain foncé. Cheveux bruns.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XXI.

Démence incomplète. Dysarthrie. Céphalées. Sensations de nature hypocondriaque. Tristesse. Tentative de suicide.

Très bonne santé auparavant. Syphilis à l'âge de 40 ans. Corpulence moyenne.

Abou... Joseph, vendeur, âgé de 46 ans, entre dans le service des Chalets en novembre 1930. Depuis le mois de juin, il ressent des maux de tête, et des sensations bizarres qui lui font concevoir de sombres pressentiments. Voici comment il les décrit : « Je suis envahi, dit-il, par du liquide. J'ai de l'eau pourrie dans les veines. Cette eau envahit mon estomac qui ne peut digérer. Mon cerveau n'est pas envahi encore, mais j'ai peur qu'il le soit bientôt ». Aucun signe net d'affaiblissement intellectuel. Mais dépression triste, dysarthrie aux mots d'épreuve, rigidité des pupilles. Tentative de suicide dans le service. LCR, 40 a, 44 l., B-W Ho, B +. Sa : B-W H₂.

Malarié en décembre. Pas d'amélioration. Interné en février 1931.

Père mort à 72 ans. Mère âgée de 76 ans et bien portante. Ont eu 10 enfants. Neuf sont mariés et ont de nombreux enfants.

A. et Constitution. — I. Le malade, d'origine algérienne, n'est venu à Paris qu'à l'âge de 20 ans. Il n'a jamais été malade sauf il y a 6 ans, chancre syphilitique, qui semble avoir été soigné très régulièrement jusqu'en janvier 1930.

III. Type moyen-long, T 170, Tp 83, P 70, Pi 15. Membres sensiblement égaux au tronc.

Tronc allongé, de forme rectangulaire. Thorax de largeur moyenne, aplati d'avant en arrière, embonpoint faible. Bassin un peu plus large que le thorax. Ventre légèrement proéminent, d'embonpoint moyen. Peau mate.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16) de musculature plutôt grêle, d'embonpoint faible.

Tête petite, sous-dolicho (77). Visage allongé, ovale, bien en chair. Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XXII.

Début par douleurs abdominales ; traité pour cholécystite. Démence, dysarthrie. Crises de type épileptique. Malarié. Aggravation progressive. Idées délirantes mélancoliques avec idées de négation. Internement à Villejuif. Aggravation. Parle de lui-même à la 3^e personne. Démence complète. Gâtisme.

Bonne santé antérieure. Corpulence assez forte.

Tares héréditaires nerveuses.

Hé... Louis-Paul, serrurier, âgé de 42 ans, entre dans le service des Chalets en juin 1930. Depuis un an, il présente des troubles digestifs douloureux et un ictère qu'on a rapportés à une cholécystite. Au début de juin, crise convulsive avec perte complète de connaissance. A l'examen, fait quelques jours après, on constate un affaiblissement global des facultés, de la dysarthrie, de la rigidité pupillaire. LCR, 65 a, 74 l., B-W H₀, B +. Sa : B-W et Hecht H₀. TA 15/9.

Malarié aussitôt. Deux jours après l'inoculation intra-musculaire, il fait plusieurs crises de type comitial, qui laissent à leur suite une obnubilation marquée. Il rentre chez lui en novembre, amélioré, mais non guéri.

Hospitalisé une seconde fois en mars 1931. Signes de démence globale. Pas de crises convulsives. Délire mélancolique énoncé avec indifférence, et stéréotypé.

« J'ai été ouvrier serrurier. On m'a considéré comme un homme. J'ai rempli mon rôle, mais maintenant, je suis fini, bien qu'on me nourrisse encore. J'ai une nature qui s'efface avec le temps. J'ai eu plusieurs bronchites étant jeune, j'ai eu une jaunisse il y a plusieurs années... Ma nature s'effaçait de jour en jour ; on a continué de me faire vivre... Je suis le plus coupable qu'il puisse y avoir. Je travail-

lais chez mon frère... On ne dirait pas, un petit être comme ça, qu'il s'est usé à travailler. C'est pourtant ainsi. J'ai été utile au monde quand même. On m'a fait vivre jusqu'à ce matin... Maintenant, je suis mort. Il n'y a plus rien... Ma nature est devenue tellement coupable que j'en suis venu à pisser dans mon lit. »

Ces paroles sont dites d'une voix basse, monotone et sans timbre. La dysarthrie est très peu accusée.

Malarié une seconde fois (février 1931), puis une troisième fois (mars). Ne fait aucun accès fébrile. Interné en juin 1931 à Villejuif, dans le service du Dr GUIRAUD qui, très obligeamment, nous a permis de l'examiner en juin 1932.

L'état s'est considérablement aggravé. Le malade ne quitte plus le lit et porte la longue blouse des gâteux. La démence est complète. Le délire persiste, énoncé d'une voix basse et sans timbre, et le malade parle le plus souvent de lui-même comme d'une personne étrangère. « Il y a un homme qui s'appelle Hé... il était serrurier... dommage qu'il se perde et qu'il s'égare dans un lit d'hôpital... Il y a une dame Hé... qui vient... » Si on l'interroge sur sa maladie, en lui disant : « Mais, Hé..., c'est vous ! », il acquiesce, avec la docilité habituelle aux déments, et parle alors de lui-même à la première personne.

Père atteint de maladie de Parkinson. Mère morte vers 45 ans, après avoir été dix ans paralytique générale. Une sœur morte vers 25 ans avec des troubles mentaux. Un cousin germain atteint d'idiotie congénitale. Un oncle est mort subitement d'apoplexie.

A. et Constitution. — I. Pendant ses quinze ans de ménage, sa femme ne l'a jamais connu malade. Il était sobre en toute chose. Bon appétit.

Marié sans enfant.

II. Caractère doux, timoré, peu entreprenant, solitaire et taciturne. Très actif. Pas coléreux. Nullement porté aux excès. Intelligent et très habile en son métier.

III. Type moyen-court, T 163, Tp 88, P 74, Pi 1. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, cependant s'évasant un peu aux épaules. Thorax large et d'épaisseur moyenne. Abdomen large et épais. L'embonpoint est moyen, mais à l'aspect des revêtements, à leur flaccidité, on peut présumer que le sujet a beaucoup maigri. Il a passé en effet de 74, son poids habituel, à 62. Peau blanche. Système pileux peu développé : pas de poils sur le thorax ; au pubis, les poils forment un triangle à limite nette, d'aspect féminin.

Membres d'ossature faible (tp. 14) de musculature assez bien développée, d'embonpoint variable selon les parties : les extrémités sont délicates, par contre, la racine des membres est bien enveloppée. Aux membres inférieurs, le revêtement graisseux, se prolongeant des cuisses sur le bassin leur donne un galbe féminin.

Tête brachy (82). Visage amaigri (les portraits d'avant la maladie nous le montrent bien en chair). Asymétrie faciale. Œil bleu. Cheveux châains. Barbe rousse. Oreille régulière.

Signes de dégénérescence (caractères morphologiques féminins, dichroïsme des poils, asymétrie faciale).

OBSERVATION XXIII.

Crises gastriques tabétiques pendant 4 années. Un an après leur cessation, affaiblissement de l'intelligence. Bientôt idées fixes de nature hypocondriaque, ébauche d'un délire des négations. Conscience partielle de l'état morbide. Dysarthrie modérée.

Bonne santé avant la guerre ; santé médiocre depuis. Syphilis en 1917. Corpulence moyenne.

Dig... Henri, coureur cycliste, âgé de 47 ans, entre dans le service des Chalets en décembre 1931. De son propre vouloir, il s'est présenté à la Consultation, accompagné par son fils, et il a déclaré qu'il avait des troubles mentaux d'origine syphilitique.

Selon sa famille, la maladie a présenté deux périodes distinctes. La première a été marquée par des crises gastriques douloureuses avec vomissements bilieux survenant une fois chaque mois et persistant une semaine. Il est probable qu'il s'est agi d'un tabes. Ces crises durent 4 ans, et cessent voici 2 ans. D'autres troubles apparaissent alors : des absences de mémoire, des modifications du caractère, qui devient à la fois plus indolent et plus irritable, de l'impuissance génitale, de l'insomnie, de l'amaigrissement. Bientôt, il paraît bizarre : il parle, dit sa femme, de choses anciennes comme si elles étaient présentes. Enfin, depuis un mois, la parole est embarrassée à certains moments, et le malade est la proie d'idées fixes, dont il entretient sans cesse son entourage.

A l'examen, les fonctions intellectuelles sont peu atteintes. Le sujet se sait malade : il a conscience des troubles de sa mémoire, de la difficulté de sa parole. Il est poli et s'exprime correctement. « Les microbes de la syphilis, dit-il, m'ont traversé le cerveau, comme ça (il indique l'endroit) et l'ont coupé en deux... Je n'ai plus de cerveau, plus d'estomac, plus de poulx, plus de mémoire. » Il dit encore qu'il

est nécessaire de lui enlever un organe, mais il ne précise pas lequel. Il émet ces propos d'un ton indifférent et las, sans tristesse ni euphorie. Dysarthrie modérée. Masque paralytique ébauché. Pupilles inégales et rigides. Réflexes tendineux vifs. TA 14/8. LCR, 60 a., 30 l., B-W et Benjoin positifs.

Traité par le stovarsol. Humeur indifférente, sur laquelle germent de temps à autre des pensées inquiètes relatives à la maladie. Répète toujours les mêmes doléances : qu'il ne peut plus parler, qu'il ne peut plus écrire, qu'il n'a plus de mémoire, que les microbes lui fourmillent dans le cerveau et lui donnent des maux de tête incessants, que, certainement, il ne pèse plus que 55 kgr. Lorsqu'on lui remontre que ses craintes sont exagérées, puisqu'il parle, et écrit... etc., il nie doucement les choses les plus évidentes. Il fait preuve par ailleurs d'une certaine tendance à l'opposition, non dans les actes, mais seulement dans les paroles. Ainsi, il se plaint qu'on ne lui fait pas le traitement convenable ; il dit qu'il faut le passer à la radio. Quelque temps après, il affirme que l'on a eu tort de laisser sa maladie arriver au dernier degré, que maintenant, il est trop tard, et que la radio même ne pourrait plus rien. Quel que soit le traitement entrepris, il déclare qu'il ne va pas mieux et que ce n'est pas cela qu'il faut lui faire. Il se plaint de maux de tête, et lorsqu'on lui promet de l'en débarrasser, il répond qu'on n'y parviendra pas. Malgré cette tendance, il se montre très docile à tout ce qu'on veut lui faire exécuter.

Il semble avoir eu à deux reprises des attaques congestives lentes, dont il s'est aperçu et qu'il décrit comme suit : « J'ai encore senti les bêtes dans mon cerveau ; c'était comme un ouragan, cela m'a paralysé brusquement la parole et les membres, et j'ai eu peur de mourir seul dans la nuit. »

Malarié en mars. Le lendemain de l'inoculation, il déclare qu'il n'est pas bien sûr de supporter les accès, et surtout que son cerveau les supportera, car les microbes le lui ont abimé. Dit qu'on n'aurait pas dû lui faire ce traitement-là sans avoir radiographié son cerveau, que, d'ailleurs, il est atteint de syphilis cérébrale, non de P. G., car les P. G. ce sont des fous, tandis que lui a toute sa raison. Il est en effet très affaibli par les accès. Vomissements bilieux très abondants. Après le traitement, l'état physique et moral est stationnaire. « Les microbes me rongent toujours le cerveau, ils dévorent ma boîte crânienne. Les parois de celle-ci se rapprochent et ma tête diminue. »

Cependant, dans les mois qui suivent, une certaine amélioration survient. Le malade reprend confiance. Il se plaint moins des troubles qu'il ressentait. La dysarthrie a disparu. Les lettres que le malade

écrit à sa femme sont normales, aussi bien dans leur teneur que graphiquement.

En juillet, il est rendu à sa famille.

Père de corpulence moyenne, mort à 60 ans emphysémateux. Mère âgée de 72 ans, bien portante. Longévité dans les deux familles.

A. et Constitution. — I. De bonne santé et très robuste jusqu'à la guerre. Dit avoir contracté la syphilis au cours de celle-ci et avoir toujours souffert depuis. Sobriété.

Marié, un fils de 18 ans.

II. Caractère nerveux, impatient, exubérant, très coléreux, assez porté à la solitude. Bonté.

III. Type moyen-long, T 171, Tp 90, P entre 62 et 66 kgr., Pi entre 19 et 15.

Membres plus longs que le tronc.

Tronc rectangulaire, avec légère prédominance thoracique. Thorax assez large, mais aplati d'avant en arrière et déformé : cyphose dorsale, petit entonnoir sternal bas situé. Maigreux. Ventre un peu saillant et affaissé.

Membres allongés, d'ossature moyenne-faible (tp. 15) de muscles longs et de galbe nerveux. Varus des jambes. Main longue .

Tête de volume moyen, brachy (85). Visage rectangulaire, de meilleur embonpoint que le corps ne le comporte. Teint rougeâtre. Œil vert. Cheveux châains, fins et doux. Grosse calvitie (Pl. XII, fig. 2).

Quelques dysharmonies morphologiques.

OBSERVATION XXIV.

Début par actes désordonnés, tristesse, insomnie, idées fixes de nature hypocondriaque, avec refus de s'alimenter ayant entraîné une dénutrition grave. Démence incomplète. Pas de dysarthrie. Agitation nocturne.

Un an après, l'état général se relève. Embonpoint. Mais persistance des idées de négation. Euphorie démentielle. Tentative de jûge : fracture de cuisse. Internement.

Bonne santé antérieure. Forte corpulence.

Ma... Georges, employé d'usine, âgé de 37 ans, entre dans le service des Chalets en septembre 1931. Il a cessé brusquement son travail au mois de février, prétendant que son estomac était malade et qu'il ne pouvait plus manger. Dès lors, il ne pense plus qu'à cela. Il se

désintéresse de son foyer, a des négligences graves, comme de perdre son argent, son livret militaire. Son caractère change, il devient sombre, égoïste, brutal envers sa femme et fait lever celle-ci la nuit parce que lui-même ne dort pas. Il refuse de voir un médecin, et il menace de passer sa femme par la fenêtre si elle en fait venir un. Il achète des médicaments de quatrième page de journal, et, les ayant achetés, il ne les prend pas. Maigrissant beaucoup, il est, après quelques mois de maladie, admis à l'hôpital Saint-Louis.

Comme on ne trouve aucune lésion gastrique, on pense à une affection mentale et on nous l'adresse à la Salpêtrière. Le malade a une attitude fatiguée. Son visage est émacié. Première contradiction : malgré sa fatigue, il se montre très bavard et s'explique abondamment sur son cas. Il dit que son estomac est bouché, que tout reste là (il indique le creux épigastrique). Dans son récit apparaissent dès le début, d'une part de l'indocilité, d'autre part et surtout une incohérence démentielle. Ainsi, il conte que, lorsqu'on l'a passé à la radio, on a voulu lui faire avaler un « machin blanc » ; il n'a rien voulu savoir : « Ça n'aurait pas passé ! » On lui a fait aussi des injections de sérum. « C'était fort, dit-il, ça m'a fait du bien ». Et il ajoute aussitôt : « Mais la troisième, je n'ai plus voulu, c'était trop fort pour moi. » Malgré sa tendance à l'opposition systématique, il est très suggestible ; il exécute avec docilité tous les gestes qu'on lui commande, même s'ils sont difficiles et peu agréables. Si on lui affirme qu'il va guérir, il approuve et remercie niatement. Mais dans la minute qui suit, il reprend ses lamentations sur son estomac bouché. De plus, à plusieurs reprises, il sourit sans raison. Il énonce aussi des idées de satisfaction rétrospective : « J'ai été un type bien. »

Pas de dysarthrie ni de tremblement. Myosis. LCR, 58 a, 45 l., B-W H₀, B +. Sa : B-W et Hecht H^o. TA 11/7.

Traité par le stovarsol. Doit être isolé parce qu'il s'agite la nuit. Refus tenace de s'alimenter. Deux mois après, amélioration de l'état physique. Le malade accepte la nourriture et il reprend rapidement de l'embonpoint. Il est calme et complètement indifférent. Il a gardé ses idées délirantes, mais celles-ci sont maintenant stéréotypées et émises avec le sourire. Voici la conversation habituelle du malade :

D. — Comment allez-vous, Monsieur N... ?

R. — Oh ! ça ne va pas.

D. — Comment ! Mais vous avez bonne mine !

R. — Oh non ! J'étais mieux dans mon petit cabanon. Je me remplassais le ventre, il était gros, comme ça (geste accompagnateur).

D. — Et maintenant ?

R. — Maintenant il est tout petit, je ne peux plus rien y mettre.

D. — Non, il est gros.

R. — Oui, mais c'est du tilleul-menthe qu'on m'a mis dedans et qui me ronge les intestins. Il y en a pour deux jours. Je ne peux plus manger.

D. — Vous avez pourtant bien repris. Vous êtes comme avant.

R. — Oh ! non, avant, je mesurais 1 m. 78, mais j'ai raccourci. Je diminue tous les jours, je suis un tout p'tit bonhomme.

En janvier 1932, il essaye de faire le mur pour aller retrouver « son petit cabanon », et se brise la cuisse droite. Il est passé au service chirurgical de Sainte-Anne.

Père mort à 40 ans de « chaud et froid ». Mère morte à 50 ans.

A. et Constitution. — I. Gros mangeur, aimant la bonne chère, il a toujours été en bonne santé ; en 1920, cependant, une bronchite prolongée.

Marié sans enfant.

II. Caractère double. Au dehors, généreux, doux, sociable, gai. Chez lui peu expansif, taciturne. Grande activité.

III. Type moyen, T 170, Tp 98, P habituel 78. A son arrivée dans le service, il ne pesait que 58 kgr., mais sa femme nous a déclaré qu'il avait beaucoup maigri. Depuis qu'elle le connaît, c'est-à-dire depuis douze ans, il a toujours été d'une forte corpulence ; une photo qu'elle nous montra en témoignait. D'ailleurs, au cours de l'évolution de la maladie, le malade reprit son embonpoint antérieur. Pi — 6.

Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Thorax épais et de largeur moyenne. Ventre légèrement proéminent. Embonpoint moyen. Peau blanche. Poils châains, peu nombreux sur le thorax.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête brachy (85). Visage rectangulaire, bien en chair. Teint rose, avec par places (pommettes) des rougeurs de mauvais ton. Œil châtain. Cheveux bruns grisonnants. Moustache rousse (Pl. XII, fig. 3 et 4).

Signe de dégénérescence : légère asymétrie faciale.

OBSERVATION XXV.

(Service du Dr H. BARUK.)

Début par ictus apoplectique. Idées délirantes de négation. Indifférence dementielle. Un an après embarras de la parole. Conservation de l'état général.

*Bonne santé antérieure. Forte corpulence.
Hérédité démentielle (père).*

B... Jean, boucher, âgé de 57 ans, entre au mois d'octobre 1931 à la Maison nationale. Sa maladie remonte à un an. Elle a débuté en septembre 1930 par un ictus apoplectique. Deux mois après, à l'occasion d'une fracture de jambe, le malade extravague :

« Paris est mort. Il n'y a plus rien... Nous sommes dans un désert... Il n'y a plus de commerce. On ne mangera plus... Je n'ai plus de jambes pour marcher... Il n'y a plus d'auto pour me transporter. »

Indifférence. En juillet 1931, apparaît de la dysarthrie. LCR, 60 a, 1 l., Pandy +, Weichbrodt 0, B +, B-W +.

En mai 1932, même état. Santé physique bonne. Indifférence euphorique. Est content d'être ici. Dysarthrie. Approbativité. Persistance des idées de négation, énoncées avec une parfaite indifférence.

D. — Vous disiez que Paris est mort ?

R. — Je n'ai jamais dit ça.

D. — Et que vous n'aviez plus de jambes ?

R. — Oui, mais elles sont revenues.

D. — Avez-vous une bonne nourriture ?

R. — Oui, on mange bien, ou plutôt à moitié. La viande est rare.

Il n'y a plus de porc.

D. — Pourquoi ?

R. — Il n'y a plus de commerce !

Père mort vers 70 ans, avec des troubles mentaux à type de dépression et d'affaiblissement intellectuel. Mère morte d'un cancer à l'anus. Ont eu trois fils ; l'un d'eux est mort presque subitement de congestion pulmonaire.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Gros appétit. Marié. Semble avoir eu des manifestations secondaires de syphilis en 1919 et a toujours été traité régulièrement depuis (?).

II. Caractère sérieux, plutôt taciturne et secret. Pas coléreux. Actif.

III. Type moyen, T 162, Tp 97, P 66, Pi — 4.

Membres supérieurs un peu plus longs que le tronc. Membres inférieurs plus courts (Pl. V).

Tronc haut, large et épais. Thorax large, angle xiphoidien obtus. Cyphose dorsale haute. Ventre et bassin larges. Abdomen volumineux et proéminent. Embonpoint fort.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17), de muscles bien développés, d'embonpoint important à leur racine, mais faible à leur extrémité.

Tête dolicho (75). Visage un peu allongé, plein et charnu. Profil légèrement en pignon. Teint rose. Cheveux grisonnants, légère calvitie. Œil gris-bleu (Pl. XII, fig. 1).

Aucune dégénérescence.

* * *

La forme de paralysie générale dont nous venons de relater 6 observations est bien connue depuis les travaux de BAILLARGER. Pour cet auteur, le délire se résumait toujours dans la négation par le malade de sa personne physique. Il est de fait que ce symptôme est constamment relevé dans les observations. Nos six malades le présentent à des degrés divers. Ils disent que leurs organes sont rongés ou pourris, qu'ils ne fonctionnent plus, ils disent même qu'ils ne les ont plus. « Il en est, dit BAILLARGER qui vont jusqu'à se croire morts. » Ainsi les malades des observations XX et XXII ; ce dernier, on l'a vu, en est arrivé par une sorte de conséquence logique de sa croyance à ne plus parler de lui qu'à la troisième personne. Une variété particulière de ces idées extravagantes est réalisée par le « délire des petitesse » de MATERNE, dans lequel le malade se croit rapetissé dans toutes ses parties. C'est parfois là tout le délire. Plus souvent, on observe en même temps d'autres idées absurdes : il en est ainsi chez trois de nos malades (XX, XXIII, XXIV).

Mais, contrairement à ce que pensait BAILLARGER, les idées de négation ne se rapportent pas toujours à l'individualité physique. Il arrive que le malade ne se contente pas de nier l'existence de son propre corps et qu'il nie par exemple l'existence du monde extérieur (obs. XX et XXV). Certains même vont jusqu'au plan métaphysique. Plus rien n'existe. Il n'y a plus de Dieu ! A ces hauteurs, le délire ressemble au délire mégalomane par l'excès même de ses affirmations. Mais c'est un délire des grandeurs renversé où le vocable *rien* prend la place du vocable *tout* (obs. XX et XXII). Il est alors comparable au « délire d'énormité » décrit par COTARD dans certaines formes de mélancolie.

La négation de la personne morale, fréquente chez les mélan-

coliques, semble plus rare dans la paralysie générale ; nos observations n'en offrent aucun exemple.

Les idées de négation conduisent les malades à des réactions particulières. Par une conséquence logique de leur conviction délirante, il en est qui refusent de parler, de manger, de faire leurs besoins naturels. Il en est même qui, se croyant morts, refusent de se lever. Plusieurs de nos malades ont présenté de ces marques d'opposition (ainsi XX, XXIII, XXIV). Cette manière d'être les rapproche jusqu'à un certain point des malades atteints de paralysie générale de forme catatonique. Il est juste de dire que, en raison du fonds de docilité démentielle, l'opposition n'a pas ici d'ordinaire l'intensité et la persistance que l'on voit dans la démence précoce.

Enfin, dans certains cas, l'hypocondrie délirante peut conduire le paralytique au suicide ; ainsi dans l'observation XXI ; c'est là toutefois une éventualité rare.

A ces données classiques, nous ajouterons seulement une remarque, qui nous est dictée par l'observation de nos malades. Comme dans la forme mélancolique (2^e série), le début de la maladie est ici progressif.

Dans la règle (5 cas sur 6, et le cas qui fait exception ne peut être retenu, car nous ne sommes pas bien renseignés sur son début), il se fait par des troubles très divers, dont le malade a la conscience nette et qui lui font concevoir de sombres pressentiments. Très souvent, ces troubles ont lieu dans la sphère digestive. Chez D. (obs. XX), il y avait des douleurs gastriques avec inappétence et amaigrissement. Chez Ab. (obs. XXI), la sensation d'une eau pourrie envahissant l'estomac et empêchant la digestion. Chez H. (obs. XXII), pendant plus d'un an, les troubles digestifs et l'ictère avaient seuls existé et avaient fait croire jusqu'à la ponction lombaire à une cholécystite. Chez D. (obs. XXIII), six ans avant la démence, s'étaient produites des crises gastriques avec vomissements bilieux, de nature presque certainement tabétiques. Enfin chez N. (obs. XXIV) les tout premiers symptômes avaient consisté dans des sensations d'estomac bouché qui avaient conduit le malade à refuser tout aliment.

Par leur constitution physique, certains de nos malades s'apparentent à ceux des deux précédentes séries (obs. XX, XXIV et XXV). Corpulence forte (Pi 0, — 6, — 1). Gros embonpoint du tronc (cf. Pl. V). Pas de dysharmonie. Ils ont tous trois un état démentiel profond et émettent leurs propos délirants avec euphorie.

Les trois autres ont une constitution moins robuste. Indice entre 1 et 20, embonpoint moins prononcé. Dysharmonies physiques. Chez l'un d'eux, le plus corpulent, porteur de lourdes tares héréditaires (obs. XXII) un état démentiel profond a fait suite à une longue période d'hypocondrie consciente. Les deux autres peuvent être rapprochés cliniquement : chez eux, l'affaiblissement intellectuel est peu marqué, il existe une certaine conscience de l'état morbide, et le délire est moins extravagant que celui des précédents ; chez eux encore, il n'y a pas discordance, mais bien concordance entre l'intensité des préoccupations hypocondriaques et le degré de la tristesse. Le pronostic semble ici meilleur, puisque l'un des deux malades est considérablement amélioré ; mais nous avons perdu l'autre de vue, et il nous est impossible de tirer aucune conclusion de ces deux cas.

QUATRIÈME SÉRIE

Paralysie générale de forme catatonique

Les observations que nous groupons ici, bien qu'assez diverses, s'apparentent cependant par la présence dans chacune d'elles de quelques symptômes de la série catatonique.

Les trois premières concernent des cas qui simulent de très près la démence précoce.

Les quatre qui suivent, sans être aussi typiques, se rapprochent toutefois des précédentes.

Les observations XXXIII et XXXIV, dans lesquelles les marques d'opposition sont très prononcées, offrent comme particularités la rapidité de leur évolution et la mort par complication infectieuse.

Nous avons classé ensuite quatre malades chez lesquels les manifestations délirantes sont polymorphes et chez lesquels les signes catatoniques sont en quelque sorte perdus dans l'ensemble des autres symptômes.

Enfin un dernier sous-groupe comporte deux observations où l'excitation et les impulsions prennent le pas sur le délire (forme excito-motrice).

§ 1.

Dans ces trois observations, après un début variable, la période d'état a été marquée par un syndrome catatonique tout à fait net. Avant la ponction lombaire, le diagnostic de paralysie générale était très difficile, le mutisme empêchant de mettre en évidence la dysarthrie et les idées démentiellles. L'observation enseigne d'ailleurs que, dans ces formes, l'embarras de la parole est peu prononcé, et la démence souvent incomplète.

Dans le cours de la maladie, les marques d'opposition n'ont pas la persistance que l'on voit dans la démence précoce. Chez deux de nos malades (obs. XXVI et XXVIII), sous l'influence du traitement, semble-t-il, elles ont cédé après quelques semaines, laissant le malade désorienté, comme dans la convalescence d'un état confusionnel. Parfois alors, le malade énonce des idées délirantes qui expliquent dans une certaine mesure l'opposition systématique de la période précédente. Ainsi pour Co. (obs. XXVIII) qui croyait, dit-elle, que son corps n'existait plus, étant réduit à l'état de chiffon. Chez le troisième sujet (obs. XXVII), l'état catatonique a duré fort longtemps ; par son attitude et sa conduite, ce malade contrefaisait à s'y méprendre la démence précoce la mieux caractérisée ; il a fini toutefois, après six années de maladie, par verser dans la démence paralytique.

OBSERVATION XXVI.

(Observation recueillie par le D^r LAGACHE).

(Service du D^r RODIER).

Début par idées de suicide, d'homicide et de persécution. Ictus. Embarras progressif de la parole. Refus de quitter le lit.

A l'hôpital, opposition constante : refus de se lever, de manger ; mutisme complet.

Traité par Dmelcos et stovarsol. L'opposition diminue. Ralentissement psychique. Désorientation. Dysarthrie. Amélioration.

Signes physiques et mentaux de dégénérescence. Naissance avant terme. Convulsions de l'enfance. Excès alcooliques. N'a rien appris à l'école. Corps disharmonieux et gracile.

Père mort de delirium tremens.

Pra... Georges, âgé de 33 ans, est conduit à Sainte-Anne en septembre 1931, pour des troubles qui ont commencé il y a quelques semaines. Pr... faisait communément des excès de boisson. Un jour, il rentre ivre à la maison familiale, qu'il habite avec sa mère ; il se montre grossier, il insulte sa mère et la menace. Il parle d'aller se jeter à l'eau. Dans les jours qui suivent, il paraît bizarre. Son regard devient fixe, sa parole s'embarrasse. Un matin, il perd connaissance et tombe brutalement, sans dire un mot. On fait venir un médecin, mais Pr... refuse de prendre la potion prescrite, disant qu'on veut

l'empoisonner. Il se déshabille et s'habille un grand nombre de fois dans la même journée, sans raison valable. Il urine au lit. Bientôt, il refuse de se lever. C'est à ce moment qu'on le conduit à Sainte-Anne. Il y reste quelques semaines et il y présente un état catatonique complet rattachable à la paralysie générale, ainsi qu'il est indiqué dans le certificat suivant, rédigé le 30 septembre par le Dr MALE.

« Opposition et mutisme complet. Refus d'aliment. Aspect immobile et catatonique. Fixité du regard. Gâtisme. Pupilles inégales, réagissant à la lumière. Abolition des réflexes rotuliens. LCR, 120 a, 7 l., réactions de Pandy, de Weichbrodt, de B-W et de Guilain positives. Etat général médiocre. »

A l'asile de Ville-Evrard en octobre. Il y est examiné par le Dr LAGACHE, de l'obligeance de qui nous tenons les renseignements suivants. Le malade reste au lit, à demi-couché, immobile. Il suit lentement du regard les évolutions des personnes qui l'entourent. A notre salut, il répond « Bonjour », mais il ne dit rien d'autre. Cependant il entr'ouvre plusieurs fois la bouche comme s'il allait parler. Si l'on cherche à lui imprimer des mouvements ou à le déplacer, on rencontre une certaine résistance qui n'est pas volontaire, et qui cède d'ailleurs après quelques instants. Ainsi, dans l'essai de flexion passive de l'avant-bras sur le bras, particulièrement à droite. Cela rend difficile la recherche des réflexes tendineux. Lorsqu'on lui demande de faire certains gestes, il s'exécute, mais avec une lenteur extrême dans les mouvements. Par contre, lorsqu'on ne s'occupe pas de lui, il semble retrouver toute sa facilité d'action ; il se lève et se déplace ; d'ailleurs, il ne tient pas au lit, aux dires des infirmiers qui l'observent à la dérobée. Si, au moment où il accomplit le geste, on le regarde à nouveau, il s'arrête brusquement. Pas de conservation des attitudes.

Le 26 novembre, on lui fait une injection de Dmelcos et en même temps 0,50 de stovarsol. Changement brusque. Le jour même de l'injection, il se met à parler. Ce traitement est continué. Le malade répond aux questions qu'on lui pose. Mais ses réponses sont lentes et incertaines comme celles d'un confus. Très désorienté : il ignore où il est, à quelle date il est arrivé ici ; il se croit par moments à la caserne. Il a du tremblement de la langue et des mains. Dysarthrie aux mots d'épreuve. L'état général se relève. Toutefois, le malade présente — et cela depuis son arrivée — une cyanose très marquée des extrémités (avant-bras et mains, jambes et pieds, nez), surtout accusée dans la position debout.

En avril 1932, l'amélioration est très sensible. L'état général est

meilleur : le malade se nourrit et reprend de l'embonpoint ; l'acrocyanose persiste cependant. Il parle avec moins de lenteur. Il monologue continuellement, exprimant sur un ton indifférent des idées hypocondriaques : « Ils l'ont ralenti » en lui faisant des piqûres, on ne le nourrit pas comme il faut, il a quelque chose qui le gêne dans la gorge. Si on interrompt son monologue pour l'interroger, on obtient des réponses, mais encore lentes et pénibles. On peut se rendre compte que le malade est conscient de ce qui se passe autour de lui, du traitement qu'on lui fait. Mais il n'a nul souvenir du début de sa maladie ; il nie même avoir été malade. Il assimile mal par ailleurs : c'est ainsi qu'il ignore le nom de l'établissement où il est, les noms des médecins et des infirmiers, bien que ces noms, il les entende prononcer chaque jour. A noter une certaine pudeur et coquetterie : comme on le fait se déshabiller, il exprime tout haut son ennui de ne pas avoir pris un bain, de ne pas s'être nettoyé les ongles.

Père alcoolique, a eu plusieurs accès de delirium tremens, et est mort interné à Ville-Evrard. Mère bien portante.

A. et Constitution. — I. Santé médiocre. Né avant terme (7 mois 1/2) pesant 1.400 gr. A eu des convulsions vers l'âge de deux ans. Sensualité faible (dit préférer les hommes aux femmes). Excès alcooliques habituels.

II. Intelligence médiocre. N'a rien appris en classe. Sait cependant lire et écrire. Employé au début dans le commerce de sa mère, puis comme chauffeur chez un patron. Caractère très doux, sauf quand il avait bu.

III. Type long et grêle. T 157, Tp 80, P 45, Pi 32. Membres plus longs que le tronc (Pl. VIII et IX).

Tronc allongé. Thorax plus large que l'abdomen, et aplati. Abdomen légèrement saillant en avant. Embonpoint faible. Peau grisâtre. Pas de poils sur la face antérieure du tronc. Poils pubiens roux, distribués selon le type féminin (en triangle).

Membres longs et grêles, d'ossature fine (tp. 14,5), de muscles grêles, d'embonpoint nul. Main longue, à doigts noueux. Avant-bras et main cyanosés.

Tête petite (tour 54), brachy (82). Visage maigre. Mâchoire étroite. Nez charnu, cyanosé. Front haut et étroit. Cheveux châains, d'implantation irrégulière (tourbillons). Oreilles décollées, cyanosées (cf. Pl. XIV, fig. 4).

Signes physiques de dégénérescence.

OBSERVATION XXVII.

Début par troubles du caractère. A la période d'état, tableau de démence précoce catatonique avec marques d'opposition nombreuses. Tremblement intense. Liquide céphalo-rachidien positif.

Aggravation vers l'état de démence.

Tares familiales et personnelles.

G... André, cantonnier, âgé de 36 ans, entre dans le service du Dr CROUZON au début de 1931. La maladie a commencé il y a quatre ans, semble-t-il. Un beau matin, il reste immobile pendant plusieurs heures, au lieu de faire son travail. Son chef lui faisant une observation, il répond impoliment et lui déclare net qu'il ne peut travailler. Il est alors convoqué devant la Commission médicale de la Compagnie : l'ayant reconnu malade et irresponsable, on le réforme, en lui payant à l'avance un an de traitement. A partir de ce moment, il reste chez lui, trois années durant, sans rien faire, sans aider en quoi que ce soit, faisant le contraire de ce qu'on lui demande. Devient susceptible, solitaire et coléreux.

Examiné à la Salpêtrière, on porte le diagnostic de paralysie générale. Dysarthrie légère. Rigidité des pupilles. Tremblement généralisé et très intense, à grandes oscillations, prédominant aux extrémités. Les membres supérieurs et inférieurs sont le siège d'une contracture intense, particulièrement lorsqu'on tente de les mobiliser ; cette contracture cède parfois brusquement pour faire place à une souplesse complète ; elle ne s'accompagne pas d'exagération des réflexes tendineux, ni de signe de Babinski. Le malade reste constamment au lit : les membres, le tronc et la tête fléchis, il se tient recroquevillé sur lui-même. Il est raide comme un bout de bois, et si l'on essaie de le remuer, il se déplace comme une masse solide. Il s'oppose à tout ce qu'on veut lui faire faire ; si on lui demande d'ouvrir les yeux, il les ferme convulsivement et les maintient ainsi très longtemps. Il ne répond pas aux questions qu'on lui fait et se confine le plus souvent dans le mutisme ; de temps à autre, il lance à l'adresse de ses voisins de salle ou des infirmiers quelques jurons. Il est gâteux. Enfin il refuse assez souvent l'alimentation.

LCR, 45 a, 25 l., B-W, CM, Targowla et Benjoin positifs. Sa. : B-W et Hecht positifs.

Interné en août 1931 à l'Asile de Vaucluse, dans le service du Dr GENIL-PERRIN. Aggravation progressive. Il ne reconnaît plus les siens. Il mange sans cesse et avec gloutonnerie. Gâtisme persistant.

On a dû l'attacher à son lit, pour l'empêcher de jeter loin de lui les objets à sa portée.

Père grand alcoolique, mort à 67 ans (grand-père paternel également alcoolique). Mère âgée de 65 ans, bien portante. Ont eu trois enfants. Une fille morte à 20 ans de tuberculose. Une autre fille âgée de 40 ans, névropathe ; celle-ci a fait plusieurs fausses-couches ; elle a eu 4 enfants morts en bas âge ; elle a un fils vivant, âgé de 18 ans, porteur d'une grosse déformation du thorax.

A. et Constitution. — I. Buveur habituel.

Ayant été enseveli sous un éboulement pendant la guerre, il a été interné à la suite pendant 6 mois et réformé sans pension.

Marié à une femme bien portante. A eu une fille, congénitalement idiote, morte à l'âge de 27 mois.

II. Caractère difficile, taciturne, rancunier, violent quand il avait bu.

III. Type moyen-long, T 170, Tp 80, P 62, Pi 28. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc peu épais, s'évasant aux épaules. Le thorax est plus large et plus étendu que l'abdomen. Embonpoint faible. Peau blanc mat.

Membres longs et grêles.

Tête mésati (78). Visage en forme de triangle à base supérieure. Front vaste. Nez fort. Mâchoire amenuisée. Profil orthognathe. Œil châtain foncé. Cheveux noirs.

Pas de signes de dégénérescence.

OBSERVATION XXVIII.

Début par actes d'opposition : mutisme complet, refus de manger. Persistance de cet état. Diagnostic de paralysie générale porté sur le facies et sur l'état du liquide céphalo-rachidien. Traitée par le stovarsol. Changement d'état : s'alimente, reprend de l'embonpoint. Excitation. Colères. Brutalités envers l'entourage. Démence incomplète.

A Sainte-Anne, idées délirantes de négation.

Dysharmonie du visage.

Co... Annette, ouvrière, âgée de 33 ans, entre dans le service des Chalets en mai 1929. Depuis trois semaines, elle est plongée dans le plus profond mutisme et elle ne veut plus manger. Admise à l'hôpital, où il ne semble pas qu'on ait soupçonné le véritable diagnostic. Le Dr VURPAS pense à la paralysie générale en raison du facies spécial de la malade. La ponction lombaire confirme ce diagnostic.

LCR, 40 a, 10 l., B-W H₀, B +. Sa. : B-W +.

Le visage de la malade est amaigri, inexpressif ; le regard est atone et égaré. Mutisme complet. Refus d'aliments. Gâtisme.

Traitée par le stovarsol. Amélioration de l'état général : s'alimente mieux, reprend de l'embonpoint. Transformation de l'état mental : la stupeur fait place à l'exubérance, paroles rageuses et violentes, veut partir pour travailler, a des colères et lance des objets à la tête de ses voisines, urine sur les lits des autres malades. Pas de dysarthrie. Agitation de plus en plus marquée, nécessitant l'emploi de la camisole de force.

Internement. Reste un mois dans le service du Prof. CLAUDE après avoir été l'objet du certificat suivant :

23 juillet : D^r COURTOIS : « est atteinte de paralysie générale à symptômes cliniques et humoraux modifiés par un traitement au stovarsol. Affaiblissement intellectuel modéré. Troubles du caractère. Colères violentes et imprévisibles. Erotisme, propositions par la parole et la tenue. Idées délirantes de négation. Elle ne vit plus, elle est morte, elle ne peut plus parler puisqu'elle est morte. Réflexes exagérés. Tremblement. Dysarthrie. Inégalité pupillaire, déformation et rigidité à la lumière. B.-W. et Meinicke du sang positifs. LCR, 40 a, 4 l., Benjoin positif partiel, parégorique 00-0, B-W positif. »

Dans le service de la Clinique, elle déclare ce qui suit : « J'avais été un mois que je ne voyais plus clair, je ne pouvais plus parler. Je ne me rendais même plus compte où j'étais... Je disais à mon frère : « Pourquoi venez-vous me voir ; je ne vous connais pas ». Je n'avais plus dans l'idée que j'existais. Même maintenant, je ne peux pas me mettre dans l'idée que j'ai été à la Salpêtrière. Je croyais que je n'existais plus, que j'étais un chiffon. Je me disais : il n'y a que des effets sur moi. Je ne suis pas une femme... J'ai eu brusquement la conviction de tout cela le jour où je suis sortie de la Salpêtrière : je suis partie sans mon vestiaire, j'en ai déduit que je n'existais plus. »

Il semble qu'elle ait eu alors une période de confusion avec perception défectueuse du monde extérieur, et troubles cœnesthésiques importants. Actuellement le déficit intellectuel est peu accentué. Troubles du caractère prédominants.

Constitution. — Type moyen, T 158, Tp 80, P 62, Pi 16.

Tronc de forme rectangulaire. Embonpoint moyen.

Membres de musculature très développée, d'ossature moyenne forte (tp. 17), d'embonpoint faible.

Tête petite, brachy (83). Visage dysharmonieux. Profil concave du fait de la saillie du front et de la mâchoire sur le plan naso-malaire. Mâchoire puissante, menton effilé. Œil brun, enfoncé. Front surplombant. Cheveux noirs (cf. Pl. XV, fig. 4).

§ 2.

Les observations ci-après offrent un tableau clinique moins complet. Les signes catatoniques y sont, ou peu prononcés, ou transitoires. Fréquemment, le début de la maladie est marqué par un état dépressif, s'accompagnant parfois d'idées d'auto-accusation ou de persécution. Chez l'un de nos malades, même (obs. XXX!), l'hypocondrie confine au délire de négation corporelle ; ce cas pourrait être étiqueté mélancolie hypocondriaque (idées de suicide).

Une marque d'opposition fréquemment observée (obs. XXIX, XXXI et XXXII) est le refus de consulter un médecin, contrastant paradoxalement avec une conscience très précise de la maladie débutante. On retrouve ce signe aussi dans les observations XXVI, XXVII, XXVIII et XXXIV. Il montre que ces malades, bien que leur état dépressif les rapproche par certain côté de ceux de la deuxième série, n'en sont pas moins fort différents de ces derniers.

Fréquentes aussi dans nos cas sont les impulsions brusques et imprévisibles, à jeter des objets à terre, à frapper l'entourage, etc...

OBSERVATION XXIX.

Début progressif par affaiblissement intellectuel, sautes d'humeur, et amaigrissement. Refus de voir un médecin. A l'hôpital, démence avec opposition : refuse de manger, renvoie ses visites. Etat transitoire, qui fait place à un état démentiel simple. Quelques ictus.

Bonne santé jusqu'à 40 ans. Santé médiocre depuis l'ablation d'un fibrome.

Peu de renseignements sur l'hérédité.

Man... Marthe, âgée de 51 ans, entre en septembre 1931 dans le service des Chalets. Selon ses amis, elle est malade depuis deux ans.

Au début les troubles étaient intermittents. Par moments, elle n'avait aucune suite dans les idées, et oubliait à l'instant ce qu'elle venait de dire. Son caractère a changé, offrant de fréquentes sautes d'humeur ; tantôt elle était gaie, tantôt triste, renfrognée et boudeuse. Sa santé générale s'altère ; elle maigrit peu à peu. Depuis six mois, elle n'est plus à ce qu'elle fait ; elle oublie de préparer les repas. Elle refuse de voir un médecin, alléguant que, puisqu'elle mange bien, elle n'est pas malade. Tout récemment, se trouvant à la campagne avec son mari, lequel est atteint de tuberculose pulmonaire et vient de mourir, elle a deux « crises nerveuses » successives avec perte de connaissance.

A l'hôpital, elle offre les signes d'une démence globale et complète. Aucune conscience de son état. Indifférence niaise. Cependant sur ce fonds démentiel, un état d'humeur variable, à prédominance dysphorique. Ainsi, pendant les premières semaines, elle refuse de manger. Elle dit au médecin qui veut l'examiner : « Vous vous trompez, je ne suis pas malade. » A son amie la plus intime, lui rendant visite, elle dit : « Pourquoi viens-tu me voir ? T'as la même maladie que moi : j'ai mal aux jambes. Comment as-tu pu marcher jusqu'ici ? Tu crois que je vais guérir ? Ça n'est pas vrai. Va-t-en ! » Toutefois, lorsqu'on insiste, on vient assez facilement à bout de son opposition.

Léger tremblement de la langue. Pas de dysarthrie. Pupilles irrégulières et rigides. LCR, 40 a, 19 l., Targowla et Benjoin positif, B-W et Hecht H₀, TA 13/5.

L'état démentiel s'aggrave très rapidement dans les semaines qui suivent. Malgré son indifférence profonde et son approbativité aux questions, elle continue de refuser l'alimentation ; on a dû la gaver pendant tout son séjour ; elle se laisse d'ailleurs faire avec assez de facilité.

A. et. Constitution. — I. Bien portante et d'assez forte corpulence (58 kgr.) jusqu'à l'âge de 40 ans. Opérée à cette date de fibrome ; a beaucoup maigri depuis.

Mariée, sans enfant.

II. Caractère très irritable, très sociable, très gai, très actif. Des colères irrésistibles.

III. Type moyen. T. 146, Tp. 76, P. antérieur 58, actuel 47, Pi entre 10 et 23. Membres égaux au tronc.

Embonpoint du corps faible, mais il a été antérieurement beaucoup plus prononcé. Peau mate jaune.

Membres d'ossature moyenne (tp. 15) de muscles bien développés. Boiterie forte.

Visage assez en chair. Teint jaune. Œil brun. Cheveux noirs. Tête brachy (87).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XXX.

(Service du D^r H. BARUK.)

Début inconnu. Malarié sans amélioration. Démence. Dysarthrie. Par intervalles, agitation, mutisme, refus d'aliment. Quelques hallucinations transitoires de l'ouïe.

Corps long et grêle.

R... Robert, inspecteur du gaz, âgé de 34 ans, entre à la Maison Nationale en février 1930. Il a déjà été soigné dans un autre service, et a été transféré avec le certificat suivant :

« Malarié le 17 décembre 1929. N'a pas retrouvé son auto-critique. Présente des hallucinations de l'ouïe et des crises de violence, impulsions avec bris d'objets. »

A la Maison Nationale, il est l'objet des deux certificats suivants :

D^r DADAY, 15 février : « Affaiblissement intellectuel avec signes somatiques et biologiques de paralysie générale. »

et 1^{er} mars : « Signes d'affaiblissement intellectuel avec réactions biologiques positives de syphilis nerveuse. Actuellement mutisme, opposition, petits accès d'agitation motrice. »

Sa. : B-W positif. LCR : hyperalbuminose et leucocytose.

Examiné par nous en 1932 (mars). Indifférence euphorique. Approbativité. Inconscience de son état. Tremblement de la langue et des doigts. Forte dysarthrie. Démarche ataxique. Pupilles irrégulières, inégales, et presque rigides. Il continue de présenter de temps à autre des accès de petite agitation, ou bien il refuse de manger. Il faut noter encore qu'il est très coquet et prend un soin tout particulier de sa toilette.

Constitution physique. — Type long, Taille 171, Tp 86, P 57, Pi 38.

Debout, il se tient dans une attitude flexueuse, d'une certaine élégance. Membres plus longs que le tronc (Pl. X).

Tronc de forme rectangulaire allongée, avec évasement du thorax. Thorax large et aplati. Ventre arrondi, un peu tombant. Reins fortement cambrés. Embonpoint moyen-faible. Peau mate rosée. Poils rares sur le thorax. Poils pubiens roux.

Membres longs et grêles, d'ossature fine (tp. 15,5) de muscles peu développés, d'embonpoint moyen-faible. Main longue.

Tête allongée, dolicho (72). Visage grêle. Profil en pignon. Œil châtain. Cheveux drus et châains. Teint rosé (Pl. XIV, fig. 2).

Pas de dégénérescence.

OBSERVATION XXXI.

Début par troubles physiques, avec douleurs et angoisse. Opéré à tort pour ces troubles. Ensuite humeur sombre. Idées mélancoliques, hypochondriaques et de persécution. Refus de s'alimenter. Mutisme, hostilité envers les siens. Idée de suicide. Amaigrissement. Démence incomplète. Gâtisme. Pas de dysarthrie. Décès après un an de maladie.

Corpulence moyenne, très osseuse.

B... Pierre, âgé de 60 ans, entre en avril 1934, dans le service du Prof. GUILLAIN. Sa maladie a commencé en janvier par des troubles intestinaux. Constipation opiniâtre. En mars, est admis à la Pitié et est opéré d'urgence sur la foi d'un diagnostic de cancer intestinal porté radiologiquement. Ce diagnostic est sans doute erroné puisqu'on ne trouve à l'intervention que de l'appendicite chronique. La veille de l'opération, le malade, envahi de sombres pressentiments, dit à son fils qu'il a eu quatre ans auparavant un chancre syphilitique, qu'il est maintenant perdu, pourri, et qu'il va mourir de la folie des grandeurs, comme un de ses amis. Fin mars, rentre chez lui, un peu mieux dispos, s'alimente et se lève. Mais huit jours après, brusquement, il refuse toute alimentation. Il a une idée fixe : que son corps est pourri, qu'il pourrit toute chose autour de lui, les murs, l'atmosphère. Le propriétaire va le mettre à la porte. Il craint de contaminer son fils, et l'envoie chez un médecin se faire examiner le sang. Idées de persécution : la nourriture qu'on lui donne est pourrie, il n'en veut pas. Il prétend que sa belle-sœur — venue chez lui pour le soigner — cause sa ruine. Il refuse de recevoir le médecin et il répète sans cesse : « Laissez-moi crever dans mon coin. » Il parle même de se tuer, mais il n'a rien tenté dans ce sens.

A la Salpêtrière, il se confine dans un mutisme presque complet. Il refuse de recevoir les siens. On a de la peine à lui faire accepter un peu de nourriture. Etat général médiocre. Amaigrissement. Gâtisme. Pas de dysarthrie. Pupilles en myosis et rigides. Réflexe rotulien gauche aboli. LCR, 56 l., B-W et B +. Sa : B-W H₀, Urée 0,60, TA 12/6.

Interné en juin à Sainte-Anne, dans le service du D^r MARCHAND. Les marques d'opposition sont moindres. Le malade est triste, il dit avoir perdu la mémoire, il nie avoir tenté de se tuer, mais reconnaît

avoir pensé à le faire. Pas de dysarthrie. S'alimente un peu mieux. A plusieurs reprises, présence de sang dans les fèces, ce qui fait penser de nouveau à la possibilité d'une tumeur intestinale. D'autant plus que le malade se cachectise rapidement. Il présente de l'ictère et meurt en janvier 1932. Autopsie non pratiquée.

Père mort d'accident à 84 ans. Mère morte de pneumonie à 75 ans. Trois frères et une sœur bien portants.

A. et Constitution. — I. Marié, un fils. Veuf ensuite. Aurait eu un chancre en 1927, qu'il a traité seulement par une pommade au calomel.

II. Caractère toujours peu sociable, inquiet, susceptible et fermé.

III. Type moyen, T. 167, P. à l'hôpital, après trois mois de maladie : 57. A maigri, mais n'a jamais été d'une forte corpulence.

Ossature saillante. Poignets et doigts noueux. Embonpoint faible. Tête forte, sous brachy (80). Visage rétracté-bossué. Mâchoire basse (perte des dents). Nez grand et charnu. Crâne et front vastes. Cheveux grisonnants. Calvitie très étendue. Teint mat jaune. Œil châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XXXII.

Début prolongé par douleurs diffuses. Trois ans après, affaiblissement intellectuel. Actes extravagants, d'aspect dépressif. Hostilité envers l'entourage. Malarié sans résultat. Hostilité croissante : frappe et vole ses voisins.

Bonne santé auparavant. Excès bachiques et vénériens. Syphilis à l'âge de 20 ans. Corpulence faible.

Far... Maurice, chauffeur de taxi, âgé de 47 ans, entre dans le service des Chalets en mai 1931. Sa santé a commencé de décliner il y a trois ans. Il ressentait alors des douleurs dans la tête, les jambes, le dos, l'estomac ; il perdait l'appétit, et se sentait fatigué. Il y a trois mois, autres troubles. Brusquement, il quitte sa place (où il était depuis 6 ans). Sa sœur pense qu'il a été mis à la porte, car, à cette époque déjà, il lui a paru bizarre. Lui disait seulement qu'il était fatigué, mais il ne voulait pas convenir qu'il était malade et il refusait de voir un médecin. Son caractère s'est modifié, devenant d'une part plus enfantin, d'autre part plus sombre et plus taciturne. Dépression morale : parlait sans cesse de sa profession et imaginait

des scènes d'accidents. Actes absurdes d'aspect dépressif : en l'absence de sa femme, achète de la couleur noire et peint toutes les portes de sa maison.

A l'examen, signes d'un état démentiel global, mais incomplet. Pas de dysarthrie. Réflexes pupillaires normaux. Réflexe rotulien aboli à gauche, faible à droite. Au cours de l'examen, le malade se montre méfiant et réticent. Politesse agressive. Il est conscient du lieu où il est et semble surveiller ses paroles. Lorsqu'on lui fait lire un texte, il ne peut répéter ce qu'il a lu, et il dit alors : « J'ai compris » espérant qu'on le tiendra quitte. LCR., 56 a, 37 l., B-W H₀, Sa. : B-W H₀, TA 16/9.

Malarié en juin. Pas d'amélioration. Travaille dans le service, en déployant une grande activité. Mais montre la même méfiance. Pendant la visite, alors que nous nous entretenons avec les autres malades, il tient la tête baissée, le nez dans son journal. A peine nous sommes-nous avancés pour lui demander de ses nouvelles, qu'il nous répond sèchement et rapidement, comme pour marquer qu'il ne tient pas à lier conversation « Ça va bien ! » A certaines périodes, il se montre méchant. Il frappe son voisin de salle. Il vole des objets aux autres malades et les dissimule.

Interné à Vaucluse.

Père grand et de forte corpulence (très « sanguin » et bedonnant, dit la famille), de caractère vif et nerveux, mort subitement à 63 ans d'une attaque d'apoplexie. Mère morte à 35 ans de phtisie. Ont eu quatre enfants ; outre le malade, trois filles, dont l'une était de forte corpulence et est morte à 20 ans de phtisie galopante. Les deux autres sont plutôt grosses, et d'une bonne santé, mais très « nerveuses ».

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Petit mangeur mais grand buveur. Très sensuel.

Aurait eu un chancre à 20 ans.

Marié sans enfant.

II. Caractère solitaire, peu sociable, très actif, très emporté et brutal dans ses colères.

III. Type moyen-long, T 159, Tp 31, P 58, Pi 20. Membres égaux au tronc.

Tronc de contour rectangulaire. Thorax peu épais ; structure sous-mammaire. Ventre légèrement proéminent. Embonpoint moyen-faible.

Membres très musclés et d'embonpoint faible. Ossature noueuse (poignets). Varus du tibia droit.

Tête petite. Visage très allongé, peu charnu. Teint rougeâtre. Œil châtain foncé. Cheveux bruns. Calvitie (cf. Pl. XV, fig. 3).

§ 3.

Nous avons placé à part les deux malades suivantes :

L'une, après une période de mélancolie anxieuse avec idées de culpabilité, accompagnée d'hallucinations visuelles dues à l'intoxication alcoolique, est tombée dans un état de stupeur complète avec refus d'aliment et mutisme.

L'autre a commencé sa maladie par un changement de caractère et des marques d'opposition.

Toutes deux ont ceci de commun qu'elles ont très rapidement présenté un état infectieux grave, lié chez celle-ci à une pyélonéphrite reconnue à l'examen, chez celle-là à une péritonite suppurée que l'autopsie fit découvrir. La mort a suivi de près cette complication.

OBSERVATION XXXIII.

Début progressif par bizarreries du caractère. Un an après, aggravation brusque. Hallucinations visuelles terrifiantes. Idées délirantes d'auto-accusation. Dysarthrie. Rapidement stupeur profonde. Visage égaré. Mutisme. Refus intermittent de l'alimentation.

Bonne santé auparavant, sauf convulsions dans l'enfance. Embonpoint important. Gros amaigrissement à la suite d'excès alcooliques depuis plusieurs années.

Fudd... Marthe, couturière, âgée de 49 ans, entre dans le service des Chalets en mars 1932. Si l'on en croit une de ses amies intimes, il faut faire remonter sa maladie au début de 1931. Avant cette date déjà, sa santé avait décliné : amaigrissement progressif, tendance à abuser du vin blanc et à négliger de se nourrir. Mais il n'y avait encore aucun trouble nerveux. Il en apparaît bientôt : rires immotivés, tendance à dépenser sans compter, oublis fréquents, embarras intermittent de la parole, exagération du caractère habituel. Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, aggravation brusque. La malade délire : elle s'accuse d'avoir volé son mari, d'avoir dilapidé sa fortune. « Je ne mérite pas, dit-elle, qu'on soit bon pour moi ». Elle a des hallu-

cinations visuelles : elle voit du feu, de la fumée, de l'eau, au cours de scènes terrifiantes. L'examen du liquide C. R. fait en ville ; donne : 120 a., 99 l., Pandy, Weichbrodt, B-W et Benjoin positifs.

A l'hôpital, paraît surtout confuse. Ignore la date, le lieu où elle est. Ne semble pas comprendre les questions qu'on lui pose. Regard hébété. Visage atone. Tremblement de la langue. Grosse dysarthrie. Ataxie. Réflexes tendineux normaux. Pupilles en myosis, et rigides. LCR 80 a, 38 l., B-W et Benjoin positifs. N'a pas d'idées délirantes, mais une humeur pessimiste. Ainsi, elle dit à sa sœur venue lui rendre visite : « Je ne veux plus que tu viennes me voir, car je ne suis plus propre et je ne veux plus te donner la main. »

Un mois après son entrée, son état s'aggrave. Hébétude très marquée. Ne semble pas reconnaître les siens. Regard vague et peu mobile. Mutisme. Refus opiniâtre de l'alimentation. Essaie continuellement de partir. Se laisse difficilement conduire et s'oppose aux mouvements qu'on lui imprime ; on arrive cependant à vaincre cette opposition en insistant un peu.

En avril, sort de son mutisme. Monologue à voix basse. Lorsqu'on l'interroge, est très lente à répondre, et répond par mots entrecoupés, et souvent à côté de la question. Semble ne pas trouver ses mots. De temps à autre, un déclenchement brusque et une phrase est débitée rapidement. Ne semble pas consciente de ce qui se passe autour d'elle. Refus d'aliment moins opiniâtre.

Quelques jours après, coma brusque, fièvre élevée. Mort en trois jours. A l'autopsie, on trouve une péritonite suppurée et le cerveau présente des lésions de méningo-encéphalite-diffuse.

Père maigre et de taille moyenne, d'une très bonne santé, mort à 86 ans. Mère grande et de forte corpulence, d'une bonne santé, morte à 68 ans d'un cancer utérin. Ont eu deux filles : l'autre est bien portante, de taille moyenne (158) et de poids faible (52).

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Bon appétit. Toujours de belle corpulence.

Vers l'âge de 18 mois, convulsions, à la suite de quoi elle est devenue bigle. Il y a 6 ans, eczéma prolongé, ayant marqué le début d'un déclin de sa santé.

II. Intelligence vive.

Caractère un peu anormal. Exubérante, expansive, gaie et boute-en-train, la malade passait facilement à l'extrême opposé. Elle avait bon cœur, mais se montrait volontiers intransigeante, vive, susceptible et coléreuse.

III. Type moyen, T 159, Tp 78, P 63 avant la maladie (actuellement 50), Pi 18.

Membres égaux au tronc en longueur.

Tronc rectangulaire, de largeur et d'épaisseur moyennes, d'embonpoint moyen faible.

Membres grêles, d'ossature fine (tp. 15) de muscles moyennement développés.

Tête petite. Visage amaigri. Profil en pignon. Nez saillant.

Signes de dégénérescence (strabisme) (Cf. Pl. XIV, fig. 3).

OBSERVATION XXXIV.

Début par céphalées, tristesse et amaigrissement. Démence impossible à mettre en évidence, du fait de l'opposition : refus de se laisser examiner refus de manger, mutisme opiniâtre. Fièvre persistante. Pyurie. Mort.

Bonne santé auparavant. Corpulence moyenne faible.

Pas de renseignements sur l'hérédité.

Lef. Ernestine, âgée de 47 ans, entre en mai 1931 dans le service des Chalets. Elle semble être malade depuis un an. Elle a souffert de maux de tête, son caractère est devenu sombre et soucieux, elle maigrit. L'état s'aggravant, elle est conduite à l'hôpital.

L'examen de la malade est difficile. Quand on l'interroge, elle ne répond pas, bien qu'elle paraisse entendre la question posée. Elle refuse de se laisser examiner. Elle refuse de se lever. Elle n'accepte aucun aliment. Si on insiste, elle lance des regards méchants et crie « Je suis perdue » ou « Laissez-moi tranquille ». Elle semble souffrir et pousse de temps à autre des gémissements inarticulés. Le visage n'est pas atone, mais les yeux sont égarés. Les pupilles sont inégales et ne réagissent pas à la lumière. Autant qu'on peut en juger par les rares paroles qu'elle profère, la malade ne semble pas avoir de dysarthrie. L. C.-R., 100 a., 17 l., Targowla, B.-W., C. M. et Benjoin fortement positifs. Sa. : Hecht Ho. L'examen des urines qui sont troubles y montre du pus.

Cet état se maintient dans les semaines qui suivent. La fièvre apparaît, oscillant autour de 38°. La mort survient dans la cachexie en moins d'un mois.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Bon appétit. Mariée à 20 ans et mère de quatre enfants : une fille de 27 ans, petite et corpulente, de caractère gai, de moralité médiocre. Un fils de 25 ans de taille moyenne, de forte corpulence (76 kgr.), de caractère

gai et coléreux, buveur. Une fille de 23 ans, mariée et mère de famille, soignée par nous pour un état neurasthénique chronique, de corpulence moyenne, asymétrie faciale. Une fille de 18 ans bien portante.

II. Caractère habituel gai, sociable, grande activité.

III. Type moyen, T. 160, Tp. 78, P. 58 habituel, Pi 24. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, de largeur et d'épaisseur moyennes. Embonpoint moyen-faible. Thorax égal à l'abdomen.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16), de musculature bien développée, quoique grêle.

Tête petite, mésati (79). Visage « osseux ». Saillie des pommettes. Creux des tempes. Mâchoire forte. Teint mat. Cheveux châtain.

Aucune dégénérescence.

§ 4.

Plutôt qu'à la démence précoce, les quatre observations qui suivent mériteraient d'être comparées au délire polymorphe. Ce qui les caractérise, c'est en effet la variété et la mobilité des idées délirantes. Idées de grandeur, idées de ruine, idées hypochondriaques, idées de persécution s'associent ou se succèdent de la manière la plus diverse. Lorsqu'alternent l'excitation et la dépression, comme chez le malade de l'observation XXXV, on pourrait parler d'une forme maniaco-dépressive. Mais l'évolution n'est pas assez régulière pour autoriser cette désignation, et l'état dépressif, de plus, s'accompagne constamment de marques d'opposition ou d'impulsions hostiles.

Chez V. (obs. XXXVII) il existe une tendance nette aux idées de négation corporelle, qui apparentent ce malade à ceux de la troisième série.

Chez G. (obs. XXXVIII) — et le fait est unique dans nos observations — le négativisme est remplacé par une suggestibilité extrême, avec maniérisme et stéréotypies. Il s'y ajoute des hallucinations de type mystique.

OBSERVATION XXXV.

Début par excitation de toutes les fonctions. Puis démence incomplète. dysarthrie légère. Idées de grandeur peu durables. Malarié. Très amélioré.

Rechute 8 mois après. Phénomènes dysphoriques. Episodes anxieux. Insomnie. Craintes hypocondriaques. Amaigrissement. Aggravation rapide. Idées de jalousie et de persécution. Négativisme. Impulsions hostiles. Internement.

Santé antérieure médiocre. Taille élevée, corpulence faible.

Gorl... Léon, tôlier, âgé de 36 ans, entre en juin 1931 dans le service des Chalets. Depuis un mois, il paresse à l'atelier, et dort sur son travail. Chez lui aussi, il s'endort. Il dit des « légèretés » à sa femme, ce qui n'est pas dans ses habitudes. D'autre part il présente des modifications, heureuses semble-t-il, de son état général : il a meilleur appétit que de coutume et se met à manger à toute heure du jour ; il grossit ; il devient apte aux rapports sexuels, alors qu'avant, il était impuissant.

A l'hôpital, il montre une certaine exaltation, avec bavardage ; il tient quelques propos erronés : qu'il a un enfant, qu'il a acheté un garage de 600 voitures (il faut noter que ce sont là les deux ambitions du malade). Il se dit en très bonne santé et il veut sans cesse s'en aller ; mais on le détourne aisément de son projet. Il dit encore qu'il va se faire mettre des dents en platine. La démence est peu accusée au début ; elle s'affirme bientôt par l'indifférence, l'approbativité du sujet, sa manière enfantine de répéter sans cesse les mêmes phrases (« ma femme m'emmène cet après-midi »). Dysarthrie légère. Œil paralytique (le masque paralytique n'apparaît pas dans le reste du visage). Pupilles réagissant à la lumière. LCR, 70 a, 22 l., B-W H₀. Sa. : B-W H8.-Hecht H₀, TA 12/7.

Malarié le 26 juin. Très amélioré, il rentre chez lui le 3 août et se remet au travail. Traitement au stovarsol. Revu en mars 1932. Etat satisfaisant. Mange beaucoup. Redevenu impuissant. A conscience des troubles qu'il a présentés. Caractère plus impressionnable que d'ordinaire : s'attriste et pleure au souvenir de sa maladie. Se soucie beaucoup de l'avenir de sa santé.

Le 10 avril, il présente des troubles nouveaux. Il ne dort pas, mange mal et maigrit. Il a des crises qu'il est difficile de caractériser : mélange d'anxiété, d'agitation, d'égarement dans les idées et d'embarras de la parole. Ces crises inquiètent sa femme, qui craint qu'il ne se livre à des actes dangereux. Le fait est que, au cours de ces crises, le

malade semble complètement égaré, et en proie à une agitation anxieuse, à un vague désir de fuir, qui n'est pas de bon augure. Il est hospitalisé à nouveau. La dysarthrie est beaucoup plus prononcée que lors de son premier séjour. Un mois après (mai), le malade fait un phlegmon au bras. A cette occasion l'état physique et mental s'aggrave. Amaigrissement. Crainte anxieuse. Reçoit mal sa femme : prétend qu'elle le trompe, la mord en l'embrassant. Jette son alliance dans le jardin en déclarant qu'il n'est plus marié. Se plaint que tout le monde lui en veut. Dit qu'on fait des expériences de médecine sur lui en lui faisant des piqûres. Se plaint que les aliments qu'on lui donne, aussi bien que ceux que lui apporte sa femme, sont empoisonnés. Il refuse de manger pendant quelques jours. Ne se laisse pas faire son pansement, car on va lui couper le bras, dit-il ; et il faut plusieurs infirmiers pour le maintenir. Dit aussi qu'il ne va pas avoir assez d'argent pour payer son séjour à l'hôpital. Tout ceci est énoncé par lambeaux de phrases, d'une voix monotone et sourde. Le malade semble complètement égaré. Il a des impulsions violentes, et brusques surtout la nuit ; il se lève et va frapper un de ses voisins ; quand on lui demande la raison de ces gestes, il reste hébété et ne répond rien.

Père très grand et très maigre, marin, mort naufragé. Mère de très forte corpulence (100 kgr. pour 174 cm.), morte à 55 ans paralysée. Ont eu deux enfants, dont un fils de 38 ans, très bien portant, de la même taille que son frère (183) mais beaucoup plus corpulent (100 kgr). Un oncle de la branche paternelle serait mort d'ataxie locomotrice.

A. et Constitution. I. — Mauvaise santé habituelle : toussait tous les hivers, se plaignait souvent d'être fatigué, avait des accès de fièvre inexpliqués. Appétit médiocre. Sensualité médiocre ; depuis quelques années, était presque totalement impuissant. Marié depuis dix ans, sans enfant, bien qu'il en désirât.

II. Caractère expansif, sociable, très bavard, ayant la colère très facile, mais peu durable. Très gai, mais s'affectant facilement lorsqu'il lui advenait un ennui, craignant d'avoir une affection de poitrine. Très actif.

III. Type long, T. 183, Tp. 88, P. 74, Pi 21. Les membres supérieurs sont de la même longueur que le tronc, mais les membres inférieurs sont plus courts.

Tronc allongé, s'évasant vers le bas. Thorax étroit et plat ; quelques poils sur sa face antérieure. Bassin plus large que les épaules ; ventre légèrement proéminent. Embonpoint moyen-faible.

Membres longs et grêles, d'ossature assez forte (tp. 19), de muscles peu développés, d'embonpoint moyen-faible.

Peau mate sur le corps. Cheveux châains. Œil bleu.

Tête allongée, sous-dolicho (75). Profil du visage en pignon (nez saillant, front fuyant, menton en retrait). Teint rouge.

D'une manière générale, le corps est d'une construction peu harmonieuse (Cf. Pl. XIV, fig. 1).

OBSERVATION XXXVI.

(Service du D^r LEROY.)

Démence incomplète. Humeur variable, tantôt triste, tantôt indifférente. Dysarthrie légère. Mélanges d'idées de grandeur, d'idées de persécution et d'idées hypochondriaques. Plaintes fréquentes. Négativisme infantin. Malariée, puis traitée par le stovarsol sans amélioration. Cécité progressive. Hallucinations visuelles et auditives de type mystique.

Ossature grêle. Corpulence faible.

Pas de renseignement sur l'état antérieur ni sur l'hérédité.

Nob... Monique, âgée de 27 ans, entre en 1932 dans le service du D^r LEROY à Sainte-Anne. Aucun renseignement sur le début de la maladie. Interrogée, elle raconte des histoires sans suite, mélange des faits très différents. Elle se plaint à plusieurs reprises de souffrir de partout. Elle dit qu'elle est folle. Dit avoir de très belles relations, et qu'elle est très riche, mais qu'« Ils » lui ont pris tout son argent. Prétend aussi d'un ton pleurard qu'elle a dans le ventre un enfant pourri. Elle se montre d'une mobilité d'humeur extrême, passant en quelques instants de l'excitation à la dépression. Lorsqu'on lui pose des questions précises, son premier mouvement est d'hostilité : elle répond « Je ne sais pas » ou bien se fâche et pleure. Si on insiste d'une voix ferme, elle cède et répond à peu près juste. De même si on veut la déshabiller, elle s'y oppose. Conscience du lieu où elle est, elle dit : « Vous n'avez pas le droit de me garder ici ». Dysarthrie légère. Rigidité des pupilles. LCR toutes réactions positives, TA 13/7.

Malariée en décembre. A la suite se montre très turbulente, et, pendant un certain temps, on a de la peine à lui faire accepter la nourriture. Traitée ensuite par le stovarsol. Le traitement doit être interrompu par suite du développement d'une névrite optique. En février, monologue continuellement. Dit que son père lui parle lui disant « Il ne faut pas pleurer » ; son fils aussi lui parle ; il est, dit-elle, âgé de 18 ans. Elle les voit tous deux à son côté, prétend-elle. Elle présente toujours le même mélange infantin d'opposition et de docilité. Toutefois elle s'alimente bien,

Constitution. — Type long, T 144, Tp 75, P 41, Pi 28. Membres plus longs que le tronc.

Tronc en forme de sablier. Le thorax est de faible épaisseur, mais assez large. La taille est étroite. Le bassin légèrement évasé. Ventre petit et peu proéminent. Embonpoint moyen-faible. Peau mate.

Membres longs et grêles, d'ossature fine (tp. 13,5) de muscles grêles, d'embonpoint faible.

Tête petite, brachy (84). Visage menu. Œil très globuleux. Front plat, peu harmonieux. Cheveux noirs, crépus.

OBSERVATION XXXVII.

(Service du D^r H. BARUK).

Début par tristesse et troubles démentiels. Idées de grandeur fugitives. Puis, idées délirantes de ruine et d'indignité. Opposition. Excitation intermittente de type catatonique avec impulsions à frapper. Chronicité.

Bonne santé antérieure. Corpulence moyenne. Visage osseux.

Vi... Charles, âgé de 37 ans, est admis en septembre 1930 à la Maison Nationale de Saint-Maurice. La maladie a débuté quelques mois auparavant par des troubles démentiels (propos incohérents, désorientation dans les lieux) mais il semble bien qu'elle se préparait depuis plusieurs années. En effet, depuis trois ans, Vi... de lui-même prenait des remèdes. Il était triste et exprimait à sa femme son découragement en lui disant : « Je ne vivrai pas longtemps ! »

Il entre donc à la Maison nationale avec le certificat suivant rédigé par le D^r HEUYER : — Affaiblissement psychique. Amnésie. Désorientation. Inconscience de sa situation. Euphorie. Niaiserie. Plaisanteries. Idées fantastiques de milliards. Se dit inventeur d'un procédé qui empêche les accidents. Dysarthrie. Mâchonnement. Teint plombé. Inégalité et rigidité pupillaires.

LCR, positif à l'entrée, devient rapidement négatif. En novembre 1931 : 20 a, 0 l., Pandy, Weichbrodt, Meinicke et B-W négatifs.

Pendant tout le cours de son séjour à l'asile, il se montre apathique, indifférent, et énonce d'une voix monotone des idées mélancoliques. De temps à autre cependant, il présente des phases d'excitation brusque, avec impulsion à frapper, à briser les carreaux de vitre ; il est alors très violent.

Nous le voyons en mars 1932. Il se déplace lentement, mais ne présente pas d'ataxie ni de paralysie. Il comprend les ordres simples et

les exécute, mais avec lenteur. Pas d'opposition dans les gestes. Dans les réponses qu'il fait aux questions, par contre, il fait preuve d'une tendance nette à l'opposition. Ainsi, lorsque nous lui demandons son âge, son adresse, le métier qu'il faisait, il répond chaque fois d'une voix éteinte : « Je ne sais pas ! » Pas de dysarthrie. Quand on ne s'occupe pas de lui, il mâchonne sans cesse, et il monologue tout bas, répétant continuellement les mêmes phrases : « Je suis très vieux... je ne suis bon qu'à mourir... on m'a mis là comme voleur... »

Père de forte corpulence, mort rapidement, âgé de 46 ans, d'un « chaud et froid ». Mère morte à 27 ans (?).

A. et Constitution. — I. Appétit moyen. Pas buveur. D'une bonne santé habituelle.

Marié sans enfants.

II. Caractère doux, affectueux, triste et plutôt solitaire. Très actif. Pas coléreux.

III. Type moyen-long, T 170, 5, Tp 92, Poids habituel de 69 kgr, ne variait pas beaucoup, actuellement 65. Pi de 9 à 13.

Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc allongé de forme rectangulaire. Thorax large, d'épaisseur moyenne. Ventre non saillant. Embonpoint moyen. Peau mate.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés, d'embonpoint faible.

Tête brachy (83). Visage osseux, de contour hexagonal. Tempes creuses, pommettes saillantes. Teint rougeâtre. Cheveux châains. Œil verdâtre. Oreilles dysharmonieuses, avec lobule attaché sur toute la hauteur.

OBSERVATION XXXVIII.

(Service du D^r RODIER).

Début par agitation et craintes de persécution. Démence. Dysarthrie. Maniérisme et stéréotypies. Jeux de poupée. Hallucinations visuelles de type mystique.

Intelligence antérieurement médiocre.

Lué... Pierre, âgé de 32 ans, chauffeur de taxi, entre à l'Asile de Ville-Evrard, en mars 1931. Sa maladie a débuté en décembre 1930 par un état d'excitation qui le rendait dangereux. Il avait peur, se croyait en butte à des persécutions de toutes sortes. Il est placé d'abord à Sainte-Anne, dans le service du Prof. CLAUDE, et impaludé.

Aucune amélioration. Il est alors placé, avec le certificat suivant du Dr MORLAAS.— Pleurs incessants. Auto-accusation. Il a tué, il a volé. Gros affaiblissement intellectuel. Ce malade présente en outre des phases d'excitation qui le rendent dangereux—.

Son examen à l'Asile nous a été obligeamment communiqué par le Dr LAGACHE. L'état mental est très touché ; il est d'ailleurs difficile de juger dans quelle mesure exacte il l'est, car le malade ne profère que de rares paroles. Il comprend bien les ordres qu'on lui donne et les exécute avec une docilité et une rapidité surprenantes. Il n'a aucun degré de paralysie ni d'ataxie, et par son activité, il rend beaucoup de services aux infirmiers. La dysarthrie est légère. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. L. C.-R. toutes réactions positives. Deux faits sont à remarquer chez ce malade. Le premier est un maniérisme extrême avec stéréotypies : le malade se plaît à faire l'acrobate, il se met au garde à vous, puis brusquement se précipite à terre et baise les pieds de toutes les personnes présentes. Le second est l'existence d'hallucinations visuelles de type mystique. Il déclare que la Sainte-Vierge lui rend de fréquentes visites, qu'il la voit au pied de son lit. Par ailleurs, il a l'habitude enfantine de mettre à ses côtés, dans son lit, une poupée de carton. Par plusieurs traits, il s'apparente donc aux déments précoces.

A. et Constitution. — I. Bonne santé antérieure.

II. Caractère taciturne et jaloux. Intelligence très médiocre.

III. Type moyen-long. Taille 159. Tp 90, P 63, Pi 6. Membres un peu plus longs que le tronc (Planche VII).

Tronc en forme de trapèze à grande base supérieure. Le thorax est large aux épaules, et d'épaisseur moyenne. Le bassin et le ventre sont plus étroits ; le ventre ne saille pas. Embonpoint moyen. Peau mate.

Membres remarquables par leur bon développement musculaire ; ossature moyenne (tp. 16) embonpoint faible.

Tête petite (tour 54) brachy (83). Visage rectangulaire peu en chair. Teint jaunâtre. Œil brun (sclérotique jaunâtre). Cheveux noirs.

Signe de dégénérescence : forte asymétrie thoracique, l'hémithorax gauche étant moins développé que le droit (cf. Pl. VII).

§ 5.

Les deux cas que nous rapprochons dans ce paragraphe pourraient, par leurs caractères, être réunis aux quatre précédents.

Ils présentent toutefois cette particularité de se manifester par une turbulence physique extrême, avec impulsions. Nous avons vu cette agitation accompagner un délire des grandeurs très prononcé (première série). Ici elle en est indépendante, et elle peut être rapprochée de l'agitation catatonique que l'on observe dans la démence précoce.

OBSERVATION XXXIX.

(Service du Dr LEROY.)

Début par troubles du caractère, idées de persécution. Conscience d'être malade. Un an après, extrême agitation. Barvadage intarissable. Dysarthrie. Perte de l'auto-critique. Malaria sans grande amélioration. Constitution chétive. Santé délicate.

Pu... Annette, âgée de 32 ans, ouvrière-relieuse, entre en janvier 1932 dans le service du Dr LEROY, à Sainte-Anne. Depuis un an environ, elle a des idées bizarres, des raisonnements absurdes ; elle a cessé tout travail. Son caractère, déjà difficile à supporter pour l'entourage, s'est encore aggravé. Elle a de fréquentes disputes, chez elle et à l'atelier. Elle prétend qu'on la jalouse, qu'on lui donne du mauvais travail. Il y a 6 mois, aggravation de cet état. Fait plusieurs chutes, en proie à des crises nerveuses (?). Peu après, accuse son mari de vouloir la tuer pendant la nuit, et se jette sur lui avec un couteau. Elle se rend compte toutefois qu'elle est malade, et s'en afflige. Elle maigrit d'environ 10 kgr.

Dans le service du Dr LEROY, elle est en proie à une incessante agitation (forme excito-motrice). Elle bavarde intarissablement, se montre grossière avec son entourage. Bien qu'elle proteste contre son maintien à l'asile, bien qu'elle se plaigne qu'on l'espionne, qu'on veut l'empoisonner, elle montre en énonçant ses idées délirantes une parfaite euphorie. Dysarthrie légère. Tremblement. Pupilles inégales et rigides. LCR toutes réactions positives. TA 13/7.

Père grand buveur, de haute taille et de constitution très robuste, mort à 62 ans. Mère antérieurement de forte corpulence, actuellement âgée de 68 ans, atteinte de cirrhose et de cardiopathie. Ont eu 10 enfants ; la malade est seule survivante.

A. et Constitution. — I. Depuis son mariage (date de 10 ans) elle a toujours été malade. Elle souffrait d'incommodités variées qu'on

rapportait au foie, au système nerveux. Elle avait un appétit très irrégulier, tantôt excessif, tantôt médiocre. Constipation habituelle. Règles douloureuses.

Mariée à 22 ans, trois fauses couches.

II. Caractère difficile, irritable, coléreux, rancunier et autoritaire. Sautes d'humeur très fréquentes. Très sociable. Très active.

III. Type long., Taille 157, Tp. 72., P. habituel 47 kgr. Pi 38. Membres égaux au tronc.

Tronc allongé, aplati d'avant en arrière. Légère prédominance du thorax. Embonpoint faible. Peau mate.

Membres allongés, d'ossature fine (tp. 14), de muscles grêles, d'embonpoint faible.

Tête sous-dolicho (75). Visage tendant à la forme triangulaire. Mâchoire petite. Menton pointu. Front vaste et arrondi. Cheveux noirs. Œil châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XL.

Début par excitation surtout physique. Agitation extrême pendant deux mois. Impulsions soudaines. Idées délirantes polymorphes peu durables. Dysarthrie légère. Signe d'A. Robertson. Traitée par le stovarsol. Amélioration considérable.

Santé médiocre. Constitution plutôt chétive.

Sa... Claudine, âgée de 35 ans, commerçante, entre aux Chalets en mai 1932. Depuis quelques mois elle ressentait de fréquents maux de tête, et, ayant eu quelques soucis, elle était devenue triste. Brusquement, il y a quinze jours, elle présente un état d'excitation intense. Elle chante sans raison, bavarde sans arrêt avec ses clients, tient des propos insensés. Pleure et rit alternativement. Paroles contradictoires ; tantôt dit qu'elle est trop intelligente pour rester avec les siens, tantôt qu'elle est perdue, qu'elle n'a plus un sou, qu'on lui a tout « mangé ». Elle ne dort pas de la nuit, injurie son mari.

Aux Chalets, l'agitation est extrême. Elle est surtout physique : on est contraint de camisolier la malade. Celle-ci bavarde intarissablement. Passe de la gaieté, à la tristesse en un instant. Tantôt, elle énonce des idées de grandeur, tantôt des idées dépressives. A plusieurs reprises, elle refuse de manger, prétendant qu'on veut l'empoisonner.

A l'examen réflexes tendineux très vifs. Pupilles inégales et rigides.

Dysarthrie aux mots d'épreuve seulement. LCR, 72 a, 8 l., B-W et Benjoin positifs.

Traitée par le stovarsol sans amélioration. Transférée dans le service du Dr VURPAS, en juin.

Au début de son séjour, elle se montre par périodes très agitée ; elle a alors des impulsions à frapper et à briser les objets. Aucune idée délirante.

En juillet, l'agitation se calme spontanément. La malade est beaucoup mieux. Elle reprend de l'embonpoint. Elle est consciente d'avoir été malade. Son intelligence semble normale. Aucune dysarthrie.

Père de corpulence faible, âgé de 64 ans, bien portant, grand buveur et très violent quand il a bu. Mère âgée de 53 ans bien portante, de corpulence forte 78-80 kgr., a maigri depuis une opération (ovaires). Ont eu 5 enfants, dont 4 vivants. Un fils de 17 ans et la malade ont le physique et le caractère du père. Les deux autres filles sont corpulentes comme la mère.

Du côté maternel, la grand'mère, de forte corpulence, est morte à 64 ans de maladie de cœur. Le grand-père très gros aussi, est mort à 52 ans de fluxion de poitrine. L'arrière-grand-père a eu quelques troubles mentaux vers 70 ans ; il se perdait.

A. et Constitution. I. Sujette à des incommodités variées, mais vite remise de ses maladies. Se fatigue facilement. Appétit bon. Quand elle est bien portante, elle prend facilement de l'embonpoint (a pesé jusqu'à 60 kgr.) mais dès que malade, elle perd très vite du poids.

Il y a quatorze ans, crises nerveuses et idées de suicide.

Il y a cinq ans opérée pour ovarite scléro-kystique ; depuis menstrues très douloureuses.

Mariée à 21 ans, sans enfant.

II. Caractère très irritable, coléreux, mais sans rancune. Gaieté modérée. Aimant la société à la maison, non au dehors. Grande activité.

III. Type moyen-long, T 158, P habituel 55, Tp 82, Pi 21. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc de construction peu harmonieuse. Thorax étroit et saillant en bréchet. Abdomen et bassin larges. Cambrure très accusée. Embonpoint moyen. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne-faible (tp. 15) de musculature plutôt grêle, d'embonpoint moyen.

Tête petite. Visage de contour triangulaire. Front vaste et arrondi. Menton effilé. Œil châtain. Cheveux châtain-foncé. Teint rosé.

* * *

Les quinze malades que nous avons groupés sous l'étiquette : paralysie générale de forme catatonique, ne se distinguent pas seulement des malades étudiés précédemment par le tableau clinique qu'ils présentent, ils sont encore nettement différents par leur Constitution.

En premier lieu, avant d'être atteints de paralysie générale, un assez grand nombre souffraient de troubles variés. Nous ne sommes renseignés que sur les antécédents de neuf de ces malades. Or six d'entre eux avaient eu antérieurement des troubles. Convulsions de l'enfance dans les observations XXVI et XXXIII, accès de folie dans l'observation XXVII, santé médiocre chez XXXV, XXXIX et XL.

En second lieu, il en est au moins deux qui se présentent comme atteints de débilité mentale. Chez d'autres, les anomalies du caractère sont flagrantes, beaucoup plus prononcées que chez les malades des séries précédentes ; ainsi les observations XXVI, XXXII, XXXIII, XXXIX et XL.

Mais c'est surtout par leur habitus corporel qu'ils se signalent à l'attention.

Contrairement à ce que nous avons observé chez les sujets de la première série, les individus de constitution chétive abondent ici. Sur les quinze que nous avons examinés, six fois le type architectural est moyen, six fois il est long, et trois fois il est intermédiaire. Pour les premiers, l'indice de PIGNET se tient entre 10 et 24. Pour les seconds entre 21 et 38. Les planches qui terminent cet ouvrage montrent le fait avec une grande objectivité. Trois des malades de cette série y sont représentés : Pl. VII, type architectural moyen ; Pl. IX et X, type architectural long. La comparaison de ces planches avec celles qui les précèdent illustrera l'opposition que nous venons de faire entre les paralytiques expansifs et les paralytiques catatoniques.

La tête et le visage offrent aussi des traits bien particuliers. Le crâne n'offre pas ici le plus souvent la structure régulièrement

globuleuse que nous avons notée chez les individus des premières séries. Si cette structure se rencontre encore, par exemple dans les observations XXXI et XXXII (cf. Pl. XV, fig. 3) et s'accompagne de calvitie, on observe plus fréquemment des formes différentes. La brachycéphalie toutefois domine, mais moins exclusivement, puisque sur onze cas où l'indice de BROCA a été calculé quatre ont donné les valeurs 79, 75, 75, 72.

Le visage est parfois plein, bien en chair, de teint très coloré. Mais c'est là l'exception. Chez le plus grand nombre des malades de cette série, l'ossature, quoique plus grêle, est moins bien dissimulée par les parties molles. Le visage est de contour allongé ou triangulaire. La mâchoire est plus étroite. Le nez, souvent, proémine sur le plan du visage. Dans trois cas, le profil réalise une ligne anguleuse ouverte en arrière, analogue à celle que KRETSCHMER a décrite chez son type « asthénique » (qu'il donne comme fréquent chez les déments précoces). Nous avons figuré à la Planche XIV plusieurs de ces têtes et nous avons mis en regard de celles-ci un portrait de dément catatonique vrai (Pl. XV, fig. 1).

Les dysharmonies physiques sont aussi plus fréquentes dans cette série ; elles se rencontrent en particulier dans les observations XXVI, XXVIII, XXXIII, XXXV et XXXVIII, soit chez le tiers des malades.

CINQUIÈME SÉRIE

Paralysie générale hallucinatoire.

Les hallucinations sont plus fréquentes dans la paralysie générale qu'on ne le pense communément. L'intoxication alcoolique est parfois responsable de leur présence, mais elles prennent alors volontiers les caractères qu'on observe dans le délire onirique.

Plus intéressants sont les cas où rien n'autorise à croire que l'alcoolisme soit en cause.

Les hallucinations les plus diverses peuvent se rencontrer dans ces formes sensorielles de la paralysie générale. Toutefois il s'agit le plus habituellement d'hallucinations auditives ou d'hallucinations psychiques.

Tantôt l'hallucination est isolée, tantôt il y en a de nombreuses. Elles participent parfois de l'incohérence et de l'absurdité de toutes les conceptions délirantes qu'on observe dans la maladie de BAYLE. Mais il arrive au moins aussi souvent qu'elles se systématisent. Cette systématisation, en raison du fonds démentiel, ne réalise jamais une forme hallucinatoire qui puisse prêter à confusion avec le délire systématisé chronique, mais elle peut rappeler le tableau de certaines démences paranoïdes.

Nous avons dit déjà au début de ce chapitre que la Malariathérapie était parfois déterminante dans la production de ces états hallucinatoires. Nos observations, bien qu'elles soient en petit nombre, montrent qu'il en est bien ainsi. Tantôt le traitement malarique crée de toutes pièces les hallucinations (obs. XLII) ; tantôt il les aggrave lorsqu'elles existent avant son institution (obs. XLIII). Mais il est des cas (obs. XLI) où la Malariathérapie n'est nullement en cause.

OBSERVATION XLI.

Début par douleur thoracique. Trois mois après, affaiblissement dementiel et délire dépressif d'auto-accusation. Vol et écho de la pensée. Hallucinations auditives. Conscience partielle de la maladie. Dysarthrie. Démarche incertaine. Gestes maladroits. Traité par le stovarsol sans résultat.

Santé antérieure défectueuse. Maigreur habituelle.

Pav... Joseph, emballleur, âgé de 54 ans, entre dans le service des Chalets en juin 1931. Au début de cette année, il a souffert d'un point de côté thoracique ; on a pensé à une pleurésie. Mais déjà aux dires de sa femme, le malade n'était plus le même homme. Il avait des absences de mémoire. Son caractère se modifiait en s'exagérant. Sa conduite était bizarre. Il maigrissait.

A son entrée à l'hôpital, le malade se présente d'abord comme un mélancolique. Il avance avec lenteur, le tronc et la tête fléchis vers le sol. Son visage est triste, mais sans la concentration des traits ; au contraire, les traits sont atones et le front est sillonné de rides horizontales (1). Sa parole est lente et sourde. Il pleurniche et se lamente continuellement. Il se plaint d'avoir mal partout. Il dit qu'il n'a pas un bon « moral ». Il croit que les gens lui veulent du mal, parce qu'il a eu à leur sujet des pensées coupables. Ils les ont apprises, ces pensées, par l'intermédiaire de téléphones qui les répètent.

« Il y en a, dit-il, dans le métro et partout des téléphones... J'ai toujours de mauvaises idées dans la tête. Des fois dans mon cerveau, je pense des insultes ; seulement, par le téléphone ça s'entend... Téléphone, il va loin. Du Nord au Sud, on entend tout : c'est un téléphone télégraphiste. On l'entend la nuit. »

Ce qui prouve chez ce malade l'état d'automatisme hallucinatoire, c'est que parfois, il semble parler à un interlocuteur invisible. « Non je n'ai pas dit ça ! » Nous lui demandons alors à quoi il fait allusion, et il nous précise « Je n'ai pas dit : « Vipère ! »

L'intelligence est profondément touchée. Atteinte de la mémoire. Désorientation. Perte des notions didactiques les plus usuelles. Tremblement et dysarthrie. Paralyse des membres : il titube et trébuche en marchant. Maladresse extrême des mains. Pupilles inégales et rigides. LCR, 60 a, 4 l., B-W H₀, Benjoin +. TA 14/9.

Traité par le stovarsol. il ne présente aucune amélioration. Bien

1. Cf. Planche.

au contraire. Le délire d'auto-accusation s'aggrave, ainsi que la paralyse. Interné le 23 juin 1934, à l'asile de Villejuif où il décède peu après.

Père petit et gros, mort de congestion cérébrale à 72 ans. Mère morte à 33 ans, de « chaud et froid ». Ont eu six enfants bien portants et de corpulence moyenne. Un frère du père aurait eu des troubles mentaux (?).

A. et Constitution. — I. A toujours été maigre. Est mal portant depuis la guerre ; fatigue générale, douleurs diffuses, troubles pour lesquels on l'a réformé et qui l'ont souvent, depuis, arrêté dans son travail.

Marié ; une fillette de 12 ans.

II. Caractère émotif, soucieux (« s'inquiétant pour rien à chaque instant ») susceptible, triste, aimant son chez soi et la solitude. Activité moyenne. Intelligence moyenne (Certificat d'études).

III. Type moyen. T 155, Tp 80, P 53, Pi 22. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Thorax dysharmonieux et tourmenté, saillie des côtes en cercles de tonneau ; stricture transversale sous-mammaire, au-dessous de laquelle le rebord costal s'éverse en dehors ; cyphose dorsale ; enfoncement du sternum avec entonnoir xyphoïdien profond. Ventre aplati. Embonpoint faible. Peau mate. Pas de poils sur le thorax.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16), de muscles bien développés, d'embonpoint faible. Main longue. Doigts noueux.

Tête sous-brachy (81). Visage allongé, de modelé fait de creux et de bosses. Retrait du massif facial supérieur et prognathisme inférieur. Œil châtain. Cheveux bruns (Pl. XV, fig. 2).

Dégénérescence physique.

OBSERVATION XLII.

Début par changement du caractère et amaigrissement. Démence incomplète. Quelques idées dépressives peu dominantes, de nature hypochondriaque. Evolution démentielle simple. Malarié. Un mois après, idées de persécution avec hallucinations auditives.

Bonne santé auparavant. Corpulence moyenne.

Mauvais milieu familial. Père alcoolique. Parents morts jeunes.

Val... Jean, typographe, âgé de 44 ans, entre aux Chalets en avril 1931. Sa maladie a débuté en septembre 1930 après une cure radicale de hernie. Changement de caractère, exaltation, colères. Erreurs dans les comptes. Amaigrissement de 2 kgr. en un mois. Il se rend compte

de son état et se plaint en particulier de perdre la mémoire.

A l'examen, signes d'une démençe globale, niaiserie, approbativité. Tendance nette aux idées tristes ; le malade reconnaît qu'il n'est pas bien, et il dit qu'il a été intoxiqué par le plomb dans l'exercice de sa profession, que ses troubles viennent de là. Dysarthrie légère. Troubles de la synergie mimique. Rigidité pupillaire. LCR, 60 a, 36 l., B-W et Benjoin positifs. Sang : réactions positives. TA 15/9.

Malarié le 27 mai. Amaigrissement. Le 30 juin, après cessation des accès, surviennent des idées de persécution, avec hallucinations auditives. Le malade se plaint que ses voisins de salle le menacent et veulent « lui faire son coup ». Au début de juillet, les idées de persécution s'accroissent. Hallucinations nombreuses. Ses voisins lui en veulent, dit-il, parce qu'il ne fait partie d'aucun groupe politique, parce qu'il n'a pas voulu signer un certain papier. A chaque visite, il s'en plaint au médecin. Il subit ces prétendues persécutions sans songer à se défendre. En août, le malade est interné.

Mauvais milieu familial. Père alcoolique, mort à 40 ans. Mère morte jeune. Va... s'est trouvé orphelin à 10 ans. Ont eu 4 enfants. Une fille qui est maigre. Une autre fille très corpulente (Va... l'appelle la « bouffie »). Était également de forte corpulence un fils tué à la guerre.

A. et Constitution. — I. Bien portant d'ordinaire. Petit mangeur. Pas buveur.

Marié à l'âge de 28 ans avec une veuve mère de deux enfants ; celle-ci à un B.-W. positif dans le sang.

II. Caractère solitaire, aimant une vie réglée, en famille, calme, patient, taciturne.

III. Type moyen, T 162, Tp 85, P habituel 62, Pi 15. Tronc un peu plus long que les membres inférieurs.

Tronc de forme rectangulaire, avec cependant évasement du thorax. Thorax large aux épaules, aplati d'avant en arrière ; stricture transversale sous-mammaire. Ventre peu prééminent. Embonpoint moyen-faible. Peau blanche. Poils châtain-foncé, très abondants à la face antérieure du thorax et du ventre.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16), de muscles assez bien développés, de modelé ondulé, d'embonpoint faible.

Tête petite et mésati (78). Visage peu en chair. Profil légèrement en pignon (menton en retrait, front fuyant). Teint rougeâtre. Œil châtain-foncé. Front large, découvert ; calvitie.

Aucune dégénérescence importante.

OBSERVATION XLIII.

(Service du Dr H. BARUK.)

Début par ictus apoplectique. Deux ans après, excitation, idées de persécution, impulsions homicides et suicides. Hallucinations auditives. Syndrome d'influence. A la suite de l'impaludation, les hallucinations augmentent beaucoup.

Co... Guillaume, comptable, âgé de 51 ans, entre à la Maison Nationale de Saint-Maurice en mars 1931, venant de Bicêtre. La maladie a débuté en 1929, par un ictus apoplectique qui a laissé à sa suite une hémiplégie transitoire. Deux ans après, il entre à Bicêtre pour les raisons qui sont indiquées dans le certificat suivant, rédigé par le Dr Le HELLO — ...présente des troubles mentaux caractérisés par des idées de persécution (le malade croit que ses voisins, ses chefs, ont des intentions méchantes à son égard), idées incohérentes de suicide et voies de fait sur sa femme (au cours des dernières nuits, chez lui, il a tenté d'étrangler sa femme, disant qu'ensuite, il se tuerait). —

Il est alors examiné par le Dr ABÉLY, qui rédige le certificat de quinzaine suivant : — ...est atteint de paralysie générale en période actuelle d'agitation et d'impulsion, idées actives de persécution, affaiblissement intellectuel léger. —

Par la suite se développe un syndrome d'influence et de persécution avec hallucinations auditives. De plus, la dysarthrie apparaît. Nous devons à l'obligeance du Dr H. BARUK, médecin de la Maison Nationale, la conversation suivante entre le médecin et le malade :

D. — Que faites-vous là, M. Co... ?

R. — On me cause, on m'appelle. Je me demande si ma femme n'est pas lingère ici. En ce moment je l'entends sur le toit.

D. — Que vous dit-elle ?

R. — « Je veux que tu sois calme, patient, courageux. Je vais arriver » ...Ma place n'est plus ici, on me tire la tête !

D. — Y a-t-il d'autres personnes qui vous parlent ?

R. — Oui, il y a une autre femme, M^{me} X... et M^{me} Y...

D. — Les connaissez-vous ?

R. — Non !

D. — Que vous-dit-on ?

R. — C'est comme si j'avais un flux électrique sur la tête...

Tout à coup, il se met à crier : « Je suis dans la cour d'honneur avec MM. les Docteurs ! »

D. — Vous répondez à une question ?

R. — Oui.

Il ajoute aussi qu'il est poussé à parler malgré lui et à dire des choses qu'il ne pense pas, par exemple « Mort à ma femme ». « Je pense, ajoute-t-il, que c'est dû à un transformateur puissant ou à d'autres appareils de T. S. F. »

A la suite de la malariathérapie, ce syndrome hallucinatoire s'est considérablement développé. La démence reste incomplète.

Constitution. — Type moyen, T 158, Tp 90, P 64, Pi 4. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, de largeur et d'épaisseur moyennes. Thorax égal au ventre. Embonpoint moyen. Peau blanche. Quelques poils sur la poitrine.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16), de muscles bien développés, d'embonpoint moyen-faible. Main courte et charnue.

Tête petite, brachy (81). Visage plein et charnu. Teint rouge. Œil bleu-gris. Cheveux châains, doux. Calvitie. du sommet.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XLIV.

(Service du Dr H. BARUK).

Début ignoré. Malariathérapie. Trois ans après, état démentiel profond. Dysarthrie. Idées délirantes polymorphes. Hallucinations de plusieurs sens. Constitution d'un syndrome hallucinatoire d'influence. Stéréotypies. Chronicité.

Corpulence forte.

Dr... Pierre, représentant de commerce, âgé de 32 ans, a été malarié en août 1927. Nous n'avons aucun renseignement sur la période de sa maladie qui a précédé, ni sur celle qui a suivi immédiatement. Il est admis à la Maison Nationale en septembre 1930, avec le certificat suivant du Dr MEURIOT : — Paralyse générale progressive, avec affaiblissement global, perte de la mémoire, inconscience de sa situation, idées absurdes de grandeur et de richesse, hallucinations multiples qui le poussent à se fermer les yeux, les narines et les oreilles avec les doigts. — Toutes les réactions sont positives dans le L. C.-R.

Nous l'examinons en mars 1932 dans le service du Dr H. BARUK. Etat démentiel important. Regard fixe et inexpressif. Approbativité. Docilité aux ordres donnés. Dysarthrie considérable. Mâchonnement. Au début de notre examen, il répète continuellement, comme un

automate, une histoire de blessure de guerre, qui lui a balaféré le visage. Puis, il se fait plus loquace et déclare d'une voix neutre que depuis sa naissance, il est influencé par les ondes hertziennes, qui le poursuivent partout. Selon l'infirmier qui le surveille d'ordinaire, ce malade est taciturne : il se tient habituellement dans quelque coin, et se bouche les oreilles et narines.

Constitution. — Type moyen, T 170, Tp 94, P 76, 5, Pi 0. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Thorax assez large, mais dysharmoneux, étrié devant, saillant en arrière. Ventre large et proéminent. Embonpoint moyen-fort. Peau blanc mat.

Membres d'ossature moyenne (16) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête forte, brachy (81). Visage plein et charnu. Œil enfoncé, bleu clair. Cheveux châtain clair. Asymétrie faciale par hémiparesie.

Signe de dégénérescence (Thorax).

* * *

Nos observations de paralysie générale hallucinatoire sont en trop petit nombre pour que nous puissions en tirer aucune conclusion spéciale concernant la Constitution.

SIXIÈME SÉRIE

Paralysie générale démentielle simple euphorique.

OBSERVATION XLV.

Début par changement de caractère et excitation. Quelques actes absurdes. Démence incomplète. Traité par le stovarsol.

Coexistence de diabète et de cardiopathie hypertensive.

Corpulence moyenne-forte.

Gil... Arthur, employé, âgé de 52 ans, entre aux Chalets en avril 1932. Les troubles semblent avoir débuté depuis six mois. Le malade étant en chômage, a fait des excès de boissons non habituels. Jusque-là, il rentrait souvent ivre à la maison, mais il ne montrait aucune brutalité. Il se met alors à boire de l'absinthe, et il devient coléreux et violent. Récemment même, son entourage avait peur de lui. D'autre part, il est surexcité, il entre en pyjama dans l'appartement d'une voisine et tente de violer celle-ci. Il fait un jour une longue course en taxi, « pour trouver plus vite du travail, dit-il ».

A l'examen, état démentiel évident quoique incomplet. Euphorie indifférente. Approbativité niaise. Quelques actes bizarres. Dysarthrie. Pupilles inégales et rigides. LCR, 60 a, 12 l., Targowla, B-W et Benjoin positif.

De plus, état général défectueux. Diabète ancien : actuellement sucre du sang à 1,85 — sucre des urines à 21 gr. Affection cardio-aortique. Eclat du premier bruit. TA 21/13. A la radioscopie : hypertrophie du ventricule gauche et dilatation aortique. Il est à noter que le malade ne souffre d'aucun malaise rattachable à ces deux affections.

Traité par le stovarsol. Légère amélioration.

A. et Constitution. — I. Bonne santé ; du moins ne se plaignait de rien. Appétit moyen. Excès habituels de boisson.

Depuis deux années, était soigné pour syphilis.

Marié à 24 ans, père d'un enfant. Sa femme présente un tabes amaurotique.

II. Caractère sociable, différent à la maison et au dehors. Chez lui taciturne et sombre, en société gai. Très actif. Aucune méchanceté. N'est devenu coléreux et violent que depuis ses derniers excès.

III. Type moyen-court, T 167, Tp 89, P 77, Pi 1. Membres égaux au tronc.

Tronc massif, large et épais. Thorax égal à l'abdomen. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête brachy (82). Visage rectangulaire, plein et charnu. Teint rouge. Œil bleu clair. Cheveux châains. Calvitie.

Aucune dégénérescence.

Nota. — La femme de ce malade est atteinte depuis deux ans d'une cécité progressive liée à une névrite optique tabétique. Sa démarche est devenue incertaine, comme celle des ataxiques. Ses réflexes tendineux et pupillaires sont abolis. Elle a toujours été d'une santé délicate. Elle est très nerveuse, mais se maîtrise bien. Type morphologique long. Taille 160. Poids n'ayant jamais dépassé 50 kgr.

OBSERVATION XLVI.

Démence simple. Grosse dysarthrie. Indifférence euphorique.

Bonne santé antérieure. Corpulence forte.

Berg... Louis, employé, âgé de 39 ans, entre aux Chalets en mars 1929. Sa maladie a débuté il y a 5 mois par de l'impuissance génitale et des troubles dysarthriques. Il pleure facilement et perd la mémoire. A cependant continué son travail pendant quelque temps.

A l'examen, signes d'une démence profonde. Euphorie et inconscience. Dysarthrie considérable. Rigidité pupillaire. TA 12/5. LCR, 60 a, 57 l., B-W, CM et Benjoin positifs. Sang positif.

Malarié en avril. Légèrement amélioré. Revu plusieurs fois. La dernière fois en avril 1932. Sensiblement mieux. Bonne santé physique, disparition de l'impuissance. Meilleure mémoire. Travaille un peu.

Père de santé délicate, maigre, buveur, mort à 48 ans, de tuberculose, semble-t-il. Mère âgée de 79 ans, d'une bonne santé habituelle, d'une forte corpulence, aveugle depuis 10 ans. Ont eu 12 enfants. Quatre sont vivants.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Paludisme à Salonique pendant la guerre.

Marié sans enfant.

II. Caractère sociable. gai, doux, mais sujet à des emportements passagers.

III. Type moyen-court, T 164, Tp 95, P 70, Pi — 1. Membres égaux au tronc.

Tronc haut, large et épais. Thorax large et épais ; angle xiphoïdien large. Ventre fort. Embonpoint moyen-fort.

Membres d'ossature moyenne-forte (tp. 17,5) de muscles très développés, d'embonpoint moyen.

Tête globuleuse, mésati (78). Visage large et bien en chair. Teint rouge. Œil châtain foncé. Cheveux noirs, drus et rudes.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XLVII.

Démence simple. Euphorie. Approbativité très accusée. Dysarthrie. Idées ambitieuses fugitives. Turbulence quasi-choréique. Malarié sans amélioration.

Assez bonne santé auparavant. Ictère en 1920. Céphalées fréquentes. Constitution peu robuste ; embonpoint faible.

Cam... Jean, employé des postes, âgé de 41 ans, entre en mars 1932 dans le service du Dr CROUZON. Il est difficile de fixer un début à sa maladie. En 1925, il a une courte perte de connaissance pendant son travail. Depuis 6 mois, il fait mal son travail, il commet des erreurs, se montre distrait. Il parle tout seul et se repète sans cesse. Il a des transpirations abondantes, alors qu'auparavant, il était, dit sa femme, d'un tempérament « sec ».

Examiné, il présente les signes d'un affaiblissement démentiel simple. Approbativité extrême. Indifférence euphorique. Dysarthrie modérée. Pas d'A. Robertson. Petite excitation sur place se traduisant par un bavardage incessant et par une turbulence choréiforme. TA 12/5. LCR positif.

Malarié. Même état mental. Etat physique meilleur. Prend de l'embonpoint.

Père de forte corpulence, mort « d'albumine » à 50 ans. Mère âgée de 70, de corpulence faible, comme son fils. Ont eu trois enfants. Longévitité dans la famille.

A. *et Constitution.* — I. Bonne santé habituelle. A fait toute la guerre ; a eu un ictère ensuite. Souffrait depuis de fréquentes céphalées. Appétit moyen. Pas d'excès de boissons. Marié sans enfants.

II. Caractère sociable, d'une gaieté moyenne. Très bavard. Calme à son ordinaire et plutôt doux, il lui arrivait d'entrer dans de fortes colères, mais sans durée.

Bonne intelligence (Brevet élémentaire).

III. Type long, T. 166, Tp. 86, P. 65, Pi = 15. Membres plus longs que le tronc, aussi bien les membres inférieurs que les supérieurs.

Tronc de forme rectangulaire, d'épaisseur moyenne. Prédominance du thorax. Embonpoint faible. Peau mate-jaune. Poils noirs très abondants sur la poitrine.

Membres longs, de modelé tourmenté, d'ossature moyenne (tp. 16) de muscles bien développés quoique grêles, d'embonpoint faible, laissant saillir fortement les veines souscutanées.

Tête moyenne, brachy (88). Front vaste et rond. Visage amenuisé. Prunelles marron. Teint mat avec rougeurs de mauvais ton aux pommettes et aux oreilles. Hypermétropie. Légère calvitie.

OBSERVATION XLVIII.

Démence totale. Indifférence. Paralyisie totale de la parole. Démarche incertaine. Facies paralytique très prononcé.

Bonne santé auparavant. Forte corpulence.

Caz... Jean-Baptiste, manœuvre, âgé de 57 ans, entre aux Chalets en avril 1931. Depuis deux ans, ses facultés baissent. Il a néanmoins travaillé jusqu'en septembre 1930. Mais, à cette date, il s'est plaint de maux de tête, il marche avec difficulté, et il doit cesser son travail.

A l'examen, signes d'une démence paralytique très avancée. Stupidité. Inconscience. Dysarthrie, tremblement et faiblesse des jambes très accusées. Vagues idées délirantes, énoncées sur un ton de complète indifférence : dit en se frottant les dents qu'on lui a mis une nouvelle dentition ; dit après le repas, que ses mains n'ont pas eu à manger... etc. Masque paralytique. Rigidité pupillaire. L. C.-R., 60 a, 5 l., B-W et Benjoin positives. Sa. : B-W et Hecht positives. TA 15/10 V Urée du sang à 0 gr. 80.

Interné dans le service du Dr MARCHAND à Sainte-Anne. Revu par nous en avril 1932. Paralytique, gâteux, et totalement dément. Se nourrit et n'a pas maigri.

Père de forte corpulence, mort accidentellement à 65 ans. Mère grande et de forte corpulence, morte à 73 ans des suites d'une colique hépatique. Ont eu 8 enfants. L'un d'eux, une fille, a eu du délire post-partum et a été enfermée trois semaines.

A. et Constitution. — I. Toujours bien portant. A eu quelques furoncles. Marié et père de deux filles, actuellement mariées et bien portantes.

II. Caractère doux, sociable, calme, avec cependant, de temps à autres des colères rouges.

III. Type moyen, T 165, Tp 89, P 69, Pi 7. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, épais et massif. Egalité du thorax et de l'abdomen. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres bien développés, d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles fermes.

Tête forte, brachy (83). Visage bien en chair. Cheveux châains, doux ; début de calvitie. Œil châain.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION II.

Démence simple. Indifférence euphorique. Dysarthrie. Traité par le Stovarsol. Aggravation. Mort en un mois.

Bonne santé auparavant. Constitution robuste et corpulente.

Pas de renseignement sur l'hérédité.

Charl... Emile, cultivateur-marâcher, âgé de 63 ans, entre aux Chalets en mai 1929. Il est malade depuis trois mois. A la suite d'une grippe, il s'est mis à perdre la mémoire.

A l'examen, signe d'une démence globale légère. Approbativité. Euphorie béate. Dysarthrie légère. Tremblement des lèvres et des mains. Rigidité des pupilles. LCR, 120 a, 195 l., toutes réactions positives. Sang positif.

Traité par le stovarsol. Il survient des douleurs dans les jambes, des lipothymies. L'état mental s'aggrave : confusion complète dans les idées : le malade se croit dans sa maison. Il maigrit brusquement, fait des escharres et meurt en août.

Constitution. — Type moyen court, T 171, Tp 96, P 80, Pi — 5. Membres un peu plus courts que le tronc (Planche III).

Tronc de forme rectangulaire, vaste et épais. Thorax large ; angle

xiphoidien obtus. Bassin large. Ventre proéminent. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres déliés, d'ossature moyenne (tp. 17) de musculature ferme et bien développée, d'embonpoint faible.

Tête forte, sous brachy (81). Visage large et bien en chair. Teint rougeâtre. Cheveux grisonnants. Calvitie étendue.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION L.

(Service du D^r H. BARUK.)

Début inconnu. Rémission. Démence incomplète paraissant fixée. Bonne activité physique. Euphorie.

Corpulence moyenne.

C... Jean, âgé de 46 ans, militaire, est transféré le 26 juillet 1928 de l'Asile de Vaucluse à Charenton, avec le certificat suivant :

« P.G. en rémission. Léger affaiblissement intellectuel, dysarthrie, colères. A maintenir. »

La ponction lombaire donnait à cette époque un résultat positif. La maladie paraît fixée, car elle n'évolue pas. Les réactions du liquide céphalo-rachidien deviennent négatives, comme en fait foi le résultat suivant (21 juill. 1930) 28 a, 6 l., B-W, Meinicke et Benjoin négatifs.

Nous l'examinons dans le service du D^r H. BARUK en 1932. Son état est stationnaire. Démence globale mais peu prononcée. Docilité extrême. Euphorie. Dysarthrie légère. Inégalité pupillaire et signe d'A. Robertson. Aucune paralysie. Le malade travaille avec beaucoup d'activité et rend de menus services.

Constitution. — Type moyen-long. T 168, Tp 89, P 69, Pi 10. Membres un peu plus long que le tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Thorax aplati, et un peu déformé par une scoliose dorsale assez prononcée. Bassin un peu moins large que les épaules. Ventre légèrement bedonnant.

Embonpoint faible au thorax, moyen au ventre. Poils châains, distribués assez abondamment sur la poitrine et le ventre. Peau mate.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17), de muscles bien développés, allongés en fuseau et faisant relief, d'embonpoint faible.

Tête brachy (83). Visage de contour rectangulaire, de mâchoire anguleuse, de front vaste. Teint rouge-basane. Cheveux châains et doux. Moustache rousse.

Quelques stigmates de dégénérescence (scoliose).

OBSERVATION LI.

(Service du Dr H. BARUK.)

Début ignoré. Malariathérapie. Rémission. Démence assez profonde avec paralysie.

Forte corpulence.

Cou... Albert, âgé de 50 ans, manœuvre, entre en septembre 1928 à Charenton, avec le certificat suivant du Dr G. PETIT.

« Est atteint de paralysie générale avec affaiblissement notable des facultés intellectuelles, inactivité et incurie. Rémission notable après malariathérapie ».

Deux ans après, les réactions du liquide céphalo-rachidien, de positives, deviennent négatives, 40 a, 2l., B-W et Meinicke négatifs, Benjoin partiellement positif, sans que l'état clinique se soit modifié.

Nous l'examinons en mars 1932 dans le service du Dr H. BARUK. La démence est profonde, marquée surtout par un extrême ralentissement psychique et l'inconscience de la maladie. Répète sans cesse les mêmes paroles. Aucun délire. Docilité passive. Mouvements ralentis et malhabiles. Démarche mal assurée. Tremblement et dysarthrie très prononcés.

Constitution. — Type moyen-court. T 161, Tp 100, P 71, Pi — 10. Membres plus courts que le tronc.

Tronc massif, très haut. Thorax large et épais. Ventre large, épais, proéminent en avant. Embonpoint fort. Peau mate. Poils châtain foncé très abondants sur la face antérieure du tronc.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen. Main courte et charnue.

Tête forte, brachy (81). Visage large et plein. Front vaste et surplombant le reste du visage. Peau mate-jaune. Œil brun. Cheveux bruns grisonnants ; légère calvitie.

OBSERVATION LII.

Démence incomplète. Conscience partielle de la maladie. Indifférence. Masque paralytique très accusé. Dysarthrie. Malarié.

Bonne santé auparavant. Constitution robuste ; haute stature ; embonpoint faible et forte ossature.

Dod... Ch., cuisinier, âgé de 48 ans, entre aux Chalets en mars 1932. Aucun renseignement précis sur sa maladie. Il a longtemps

travaillé au Mexique où il aurait contracté plusieurs chancres mous. De retour en France, il n'a pu trouver de travail, il mange tout son avoir et il se trouve bientôt dans le dénuement le plus complet. C'est dans cet état qu'il se présente à la Consultation. Il déclare qu'il n'a pas mangé depuis plusieurs jours, et on est tout d'abord disposé à croire qu'il ne souffre que de famine. Cependant, bien que l'intelligence paraisse normale, il faut relever une certaine indifférence béate et une dysarthrie nette avec tremblement péri-buccal. Pas de signe d'A. Robertson. LCR 50 a, 5 l., toutes réactions positives. TA 14/5.

L'état physique s'améliore. Le malade grossit. Il est malarié le 19 mars. L'état mental reste le même.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Grande robustesse physique. Aurait eu plusieurs chancres mous, mais pas de chancre dur.

III. Type plutôt long, T 183, Tp 93, P habituel 86, à l'hôpital 66, Pi de 24 à 4.

Membres plus longs que le tronc.

Tronc en forme de rectangle allongé, d'épaisseur moyenne. Prédominance du thorax. Embonpoint moyen faible. Peu de poils. Peau mate-jaune.

Membres longs, d'ossature moyenne (tp. 17,5) de muscles moyens, en forme de fuseau, d'embonpoint faible.

Tête forte, sous-brachy (79). Visage un peu allongé, rectangulaire, assez bien en chair malgré l'amaigrissement. Œil marron. Cheveux brun-foncé grisonnants.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LIII.

Démence simple. Indifférence euphorique. Dysarthrie. Traité par le stovarsol, puis malarié. Pas d'amélioration.

Excellente santé anparavant. Syphilis il y a quelques années. Constitution robuste et forte corpulence.

Dro... Raymond, rédacteur, âgé de 43 ans, entre aux Chalets en novembre 1931. Il est soigné pour syphilis depuis deux ans. Il y a un an, néglige son travail, restant des heures entières sans rien faire. Ayant donné un rendez-vous à sa femme, il reste toute une nuit dans une gare à l'attendre. Prend des colères fréquentes, toujours terminées dans les larmes.

Présente les signes d'un affaiblissement intellectuel global. Sait le jour, le lieu où il est, se montre poli, sait qu'il est malade, mais il ne s'afflige pas du tout de l'être. Approbativité extrême. Paresse. Vie végétative. Le regard est vague et embrumé, la paupière supérieure est tombante. Pupilles normales. LCR, TA 15,5/8.

Bonne santé physique. Appétit. Embonpoint.

Malarié en février 1932. Amélioration légère. Rentre chez lui.

Père de grande taille et de forte corpulence, est mort très âgé. Mère âgée de 76 ans, bien portante, petite et boulotte.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Gros appétit. Pas d'excès de boisson. Syphilis il y a quelques années.

Marié et père de deux garçons.

II. Caractère sociable, aimant recevoir du monde chez lui. Ni gai ni triste. Assez coléreux « soupe au lait ». Un peu méticuleux « maniaque ».

III. Type moyen, T 170, Tp 97, P 72, Pi 1. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, large et épais. Thorax puissant, large et épais. Angle xiphoïdien obtus. Ventre large et proéminent. Embonpoint moyen-fort. Peau rosée. Poils châtain, bien développés sur sa poitrine.

Membres forts, d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête assez forte, sous-dolicho (77). Visage large et bien en chair. Peau rosée. Œil châtain. Cheveux doux et châtain. Calvitie importante (Pl. XIII, fig. 2).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LIV.

Démence simple. Indifférence euphorique. Dysarthrie. Malarié sans amélioration.

Très bonne santé auparavant. Trépané pour éclat d'obus. Gros buveur depuis dix années.

Gall... Louis, gérant, âgé de 47 ans, entre aux Chalets en septembre 1931. Ne serait plus le même homme depuis que sa femme l'a quitté, voici deux ans ; il ne travaille plus avec la même activité, il parle sans cesse de l'absente, il fait aussi des projets au-dessus de ses moyens mais il ne cherche pas à les réaliser. Il y a quatre mois, il cesse d'aller

travailler. Il déclare que c'est inutile, qu'il a bien assez pour vivre de sa prime de chômage. Il somnole tout le jour, reste malpropre, ne s'habille plus, prend la salle à manger pour les cabinets. Par contre, la nuit, il se lève et déclare qu'il s'en va travailler. A maigri beaucoup depuis quelques mois.

A l'examen, démence complète, approbativité extrême, troubles importants de la mémoire et du jugement. Euphorie. Dysarthrie. Rigidité pupillaire. LCR positif. TA 15/7.

Malarié en septembre 1931, puis traité par le stovarsol. Aucune amélioration.

Père de forte corpulence, mort vers 40 ans. Mère âgée de 80 ans, de taille moyenne et de forte corpulence.

A. et Constitution. — I. N'a jamais été malade. Gros mangeur. Très gros buveur depuis dix ans. Trépanation pour éclat d'obus en 1917.

Marié, a eu 5 enfants dont 3 sont vivants.

II. Caractère doux, plutôt faible, aimant beaucoup la société, très actif, pas coléreux.

III. Type moyen, T 167, Tp 92, P 70, Pi 5. Membres égaux au tronc.

Tronc haut, large et épais. Thorax égal à l'abdomen. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche. Rares poils sur la face antérieure du thorax.

Membres bien développés, musclés ; pannicule adipeux abondant à la racine, rare aux extrémités.

Tête forte, brachy (88). Visage carré, bien en chair, de teint rouge. Œil bleu clair. Cheveux châtain foncé, ondulés doux. Pas de calvitie.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LV.

Démence simple. Indifférence euphorique. Dysarthrie légère. Malarié sans amélioration. Rentre chez lui, mais l'état s'aggrave rapidement. Démence totale.

Santé antérieure délicate, sans maladie caractérisée. Constitution fragile ; refusé au conseil de revision. Stigmates physiques et mentaux de dégénérescence.

Hérédité vésanique et amaurotique.

Gors... Henri, polisseur, âgé de 34 ans, entre aux Chalets en mars 1931. Il est malade depuis trois mois. Il s'est disputé avec ses chefs,

a quitté sa place, et depuis lors n'a pu se fixer dans aucun emploi. Il devient bizarre, répond à côté. Il somnole tout le jour. Il maigrit.

A l'examen, signes évidents de démence globale. Apathie. Dysarthrie légère. Atonie du regard. Pas d'A. Robertson. LCR, 85 a, 26 l., B-W et Benjoin positifs. TA 12/8.

Malarié en avril. Bon état physique. Démence stationnaire. Rentre chez lui en août. Aggravation de l'état mental. Hebetude complète. Désorientation. Placé à Vaucluse.

Père de taille moyenne, de forte corpulence, mort accidentellement à 44 ans. Mère âgée de 61 ans, bien portante, de corpulence moyenne. Ont eu six enfants. Une fille morte à 28 ans albuminurique. Deux filles vivantes, de forte corpulence. Deux fils robustes, corpulents et bien portants, de caractère calme et réfléchi, très différents du malade.

Une cousine germaine de la branche maternelle est devenue démente à 65 ans. Dans la famille du père, trois personnes sont devenues aveugles ; une d'elles est la tante de notre malade, frappée de cécité vers 40 ans, elle s'est suicidée à 52 ans.

A. et Constitution. — I. Santé plutôt fragile, bien que sans maladie grave. N'a pas fait de service militaire à cause de cela. Marié, puis divorcé, père d'un enfant de 9 ans.

II. Caractère sociable, très bavard, vif et emporté. Peu réfléchi, sans volonté, et très suggestible : « Celui qui avait causé le dernier, dit son frère en parlant de Henri, il avait bien causé ».

III. Type long. T 172, Tp 80, P 59, Pi 33. Membres plus longs que le tronc.

Tronc allongé, en forme de sablier. Thorax peu épais et de largeur moyenne ; rétréci à sa partie inférieure, au niveau de la taille. Bassin un peu plus large que les épaules. Ventre un peu saillant. Embonpoint moyen-faible. Pas de poils sur la poitrine. Peau mate.

Membres longs et grêles, d'ossature moyenne (tp. 16), de muscles grêles. Jambes légèrement cagneuses.

Tête dysharmonieuse. Visage triangulaire. Cheveux châtain foncé. Barbe irrégulièrement distribuée, laissant des zones (joues) dépourvues. Œil châtain, très globuleux (astigmatisme hypermétropique) (Pl. XVI, fig. 3).

Signes de dégénérescence.

OBSERVATION LVI.

Démence simple. Indolence. Indifférence euphorique. Dysarthrie. Malaria sans amélioration.

Santé assez bonne auparavant. Paludisme en 1910. Typhoïde en 1924. Excès alcooliques. Corpulence moyenne.

Guib... Alfred, moulurier, âgé de 50 ans, entre aux Chalets en juin 1931. Il y a deux ans, il s'est fait renvoyer successivement de plusieurs places, parce qu'il travaillait mal. Il est alors resté chez lui « s'amusant de rien », dit sa femme. Il y a un an, il s'est mis à bredouiller en parlant. Il a changé de caractère, il a cessé d'être coléreux, il est devenu mou et paresseux, somnolent tout le jour.

A l'examen, démence euphorique, dysarthrie, rigidité pupillaire. LCR, 50 a, 4 l., B-W H₀. TA 13/7.

Malaria le 25 juin sans amélioration. Placé à l'Asile de Ville Evrard, où nous le revoyons en mars 1932. Il s'y porte bien, est content de son sort. De temps à autre, il déclare qu'il va s'en aller pour occuper une belle place que lui offre son patron.

Père de corpulence plus forte que le malade, est mort subitement, à 59 ans, d'une embolie. Mère petite et de bonne corpulence moyenne, faisait des excès de boisson, était violente; morte à 73 ans d'« urémie ». Ont eu 3 enfants, dont un fils chétif scoliotique, toujours malade, et une fille, bien portante, de petite taille, de forte corpulence.

A. et Constitution. I. Bonne santé habituelle. Cependant paludisme en 1910, et typhoïde en 1924. Mangeur moyen. Grand buveur de vin.

Marié sans enfant.

II. Sociable gai, très travailleur, sujet à des colères fortes, et même à des violences, ne gardant pas rancune.

III. Type moyen, T 164, Tp 88, P 64, Pi 12. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, de largeur et d'épaisseur moyennes. Thorax égal à l'abdomen. Abdomen proéminent. Embonpoint moyen. Peau blanche. Quelques poils sur le thorax.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête sous-brachy (80). Visage charnu, mais avec saillie des pommettes. Asymétrie. Nez déformé. Teint rouge. Œil châtain foncé. Cheveux bruns.

OBSERVATION LVII.

Début par céphalées et baisse de la vision. Deux ans après, affaiblissement intellectuel. Agitation et idées délirantes transitoires de type confusionnel. Dysarthrie. Cécité partielle. Abolition des réflexes tendineux. Malarié, puis traité par le stovarsol. Amélioration partielle.

Bonne santé auparavant. Excès alcooliques. Constitution robuste ; embonpoint.

Jal... Marcel, chauffeur de taxi, âgé de 33 ans, entre aux Chalets en octobre 1931. Depuis deux ans, il se plaint de maux de tête, et de baisse de la vue ; il y a quelques mois, altération du caractère : tristesse, pleurs faciles, distractions. Bientôt, il divague ; il vit comme dans un rêve, ses idées s'embrouillent. Ainsi sa femme lui ayant parlé de gaz puis de lithinés, quelques instants après, il dit qu'il va allumer le gaz avec les lithinés.

Dans le service, il se présente surtout comme un désorienté. Ne sait pas où il se trouve. Agitation sur place. Remue-ménage continu. Semble chercher autour de lui des objets. Profère des paroles sans suite. C'est plutôt le tableau d'un délire onirique. Cet état se dissipe peu à peu, et on peut, en interrogeant le malade, constater chez lui les signes d'un affaiblissement démentiel global. Dysarthrie. Tremblement. Maladresse des mouvements. Rigidité des pupilles. Abolition des réflexes tendineux. LCR, 45 a, 20 l., toutes réactions positives. TA 11/7.

Malarié en novembre, puis traité par le stovarsol. Sensible amélioration de son état. Le malade est plus calme, mais il raconte encore des histoires absurdes. Ainsi, le jour où sa femme l'emmène, il déclare qu'il a « trois pantalons ».

Nous le revoyons en mars 1932. L'état physique est très bon. Appétit. Bon sommeil. Puissance génitale retrouvée. Poids 84. La vue s'améliore. Cependant la dysarthrie et le tremblement persistent. L'état mental est meilleur. Conscience de la maladie. Le malade se rend seul aux piqures. Il a depuis deux jours repris un travail de manœuvre.

Père de forte corpulence et d'une très grande robusticité, mort vers 30 ans. Mère âgée de 65 ans, bien portante, pèse 100 kgr. Ont eu, outre Marcel, une fille, actuellement âgée de 43 ans, d'une forte corpulence elle aussi.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Très gros mangeur. Assez gros buveur (Pernod) mais jamais ivre. Activité sexuelle normale.

Marié, sans enfant.

II. Naturel actif et courageux. Chez lui, sérieux et plutôt taciturne. En société au contraire (où il aime aller) il se montre gai et bavard. Vif et coléreux, mais ses colères durent peu.

III. Type moyen, T 171, Tp 97, P environ 80, Pi = — 6. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, massif et épais. Prédominance légère du thorax. Embonpoint moyen-fort. Peau rosée.

Membres robustes, d'ossature moyenne forte (tp. 18), de musculature très développée, d'embonpoint moyen.

Tête forte, brachy (86). Visage plein et charnu. Teint rouge. Œil vert. Cheveux châtain.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LVIII.

Début par ictus apoplectique. Démence simple. Euphorie. Dysarthrie. Malarié puis traité par le Stovarsol sans amélioration.

Bonne santé auparavant. Constitution robuste et gros embonpoint.

Lab... Jean, employé des Postes, âgé de 42 ans, entre aux Chalets en novembre 1931. Il avait été soigné, de 1915 à 1920, pour une paralysie faciale vraisemblablement d'origine syphilitique, et amélioré.

En 1929, faisant son service, il tombe à deux reprises de bicyclette, sans connaissance. Il se perd, se trompe de rues, remet des lettres à de fausses adresses. La paralysie générale est reconnue en février 1930 à l'hôpital Broussais, et la malariathérapie est instituée sans amélioration. En août, traité par le stovarsol dans le service du Dr TOULOUSE.

Dans le service, présente les signes d'une démence globale, avec euphorie, dysarthrie, rigidité pupillaire. Des colères et du pleurnichage. LCR, 40 a, 1 l., toutes réactions positives. Sang. B-W Hecht H_o. TA 16/8.

Non amélioré, le malade est interné à Ville-Evrard.

Père bien portant, robuste, corpulent et buveur. Mère âgée de 72 ans très bien portante, forte. Ont eu 12 enfants dont 8 sont vivants et bien portants.

A. et Constitution. I. — Très bonne santé jusqu'aux troubles signalés en 1915. Bon mangeur. Pas buveur.

Marié, a été père d'un enfant, mort à l'âge de 9 mois.

II. Caractère doux, affectueux, Pas coléreux.

II. Type moyen-court, T 171, Tp 102, P 74, Pi — 5. Membros égaux au tronc.

Tronc massif, de forme rectangulaire. Thorax large et épais. Ventre épais et proéminent. Embonpoint moyen fort. Système pileux peu développé. Peau blanche.

Membros ondulés, d'ossature moyenne (tp. 18) de muscles et d'embonpoint gras bien développé.

Tête moyenne, brachy (85). Visage rectangulaire, plein et charnu. Teint rouge. Œil châtain. Cheveux bruns.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LIX.

Démence simple. Dysarthrie. Démarche incertaine. Tendance à boire. Colères.

Santé bonne auparavant. Corpulence très forte.

Père serait mort paralytique général.

Mer... André, garçon de bureau, âgé de 41 ans, entre aux Chalets en juillet 1930. Depuis un an, il fait mal son travail, se trompe dans les commissions qu'on lui donne, il devient coléreux et violent à la maison, il a tendance à boire avec excès. Sa parole s'embarrasse. Peu à peu ses gestes deviennent malhabiles ; il ne peut plus écrire correctement, il titube en marchant. Il est bientôt renvoyé de son travail. C'est alors qu'on nous l'amène.

A l'examen, démence globale et complète. Apathie euphorique. Dysarthrie. Parésie de la main droite. Rigidité pupillaire LCR, 40 a, 13 l., B-W, CM et Benjoin positifs. Sang positif. TA 14/8.

Malarié une première fois en juillet 1930, une seconde fois en janvier 1931 ; traité ensuite par le stovarsol. Il rentre chez lui. Mais on le ramène en juin 1931, nullement amélioré. Il cherche à boire, et, pour se procurer de l'argent, il vole sa femme. Il mange avec gloutonnerie, mais il ne veut pas que sa femme et son fils mangent et il les brutalise. Somnolence diurne. Dans le service, il se montre euphorique, satisfait et crédule. Gros embarras de la parole. Interné à Ville-Evrard en juin 1931.

Père mort à l'âge de 36 ans, de paralysie générale, semble-t-il. Mère morte d'affection cardiaque.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. N'a jamais fait de maladie.

Marié, père d'un fils.

II. Sociable et assez gai. Activité moyenne. Coléreux et rancunier.

III. Type moyen, T 168, Tp 101, P 86, Pi = — 19. Membres inférieurs plus courts que le tronc.

Tronc haut et large, de forme rectangulaire un peu massive. Thorax large, et d'épaisseur moyenne. Ventre large et proéminent. Embonpoint fort. Peau blanche et glabre.

Membres d'ossature moyenne-forte (tp. 18), de muscles bien développés, d'embonpoint moyen-fort. Jambes cagneuses. Cyanose légère des mains.

Tête globuleuse. Visage rectangulaire bien en chair, gras même. Œil bleu. Cheveux blonds et doux. Moustache rousse.

OBSERVATION LX.

Début par vols absurdes. Malarié à 3 reprises. Démence fixée. Reprend son travail.

Corpulence faible. Santé générale défectueuse.

Bar... Alfred, fondeur, âgé de 50 ans, entre aux Chalets en mai 1928. Depuis quelque temps, il n'est plus le même homme. Il s'empare continuellement. De plus, il a commis de nombreux larcins : il s'empare des objets les plus divers et les empoche. Il ne se cache pas pour voler, et d'autre part, il le fait d'une manière pour ainsi dire automatique ; il prend tout ce qui se trouve à sa portée. Ainsi, ayant bu un bock, il s'en va avec le verre.

A l'examen, la démence est évidente, mais incomplète. Indifférence affective. Dysarthrie peu prononcée. LCR 100 a, 72 l., B-W, et Benjoin positifs. Sang : toutes réactions positives.

Malarié le 24 mai. Rentre chez lui. Ramené le 13 juillet suivant pour vols à l'étalage et exhibitionnisme (a montré ses organes génitaux dans la rue). Il est interné.

A Sainte-Anne, il est encore malarié deux fois.

Libéré de l'Asile, il rentre chez lui et reprend son travail.

Il est ramené à la Salpêtrière en janvier 1932. Un de ses fils étant mort, il y a 15 jours, il en a paru très affligé : il pleure et rit alternativement, sans pouvoir se retenir. Selon sa famille, il est très différent selon les moments. Tantôt, il raisonne normalement, rédige des lettres correctes, tantôt il dit des choses absurdes, écrit des bêtises ou des

grossièretés, se montre impudique. Il entre en colère très fréquemment.

A l'examen, démence totale incomplète paraissant fixée depuis plusieurs années. Plusieurs jours de suite, il nous raconte la même histoire, dans les mêmes termes, et d'une voix neutre. Il répète aussi, en bon paralytique général : « Je m'en vais demain ! » Pas de dysarthrie.

A. et Constitution. — I. A toujours été de santé assez fragile. Pas buveur. Petit mangeur. Souffrant d'ulcère gastrique.

Marié, père de 3 enfants.

II. Très actif, de caractère coléreux, gardant rancune, envieux et jaloux, peu sociable.

III. Type long, T 173, Tp 86, P entre 55 et 60, Pi 30. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc allongé et aplati. Thorax étroit, déformé ; dos voûté. Embonpoint faible.

Membres maigres et allongés.

Tête petite, mésati (78). Visage maigre et osseux. Forte asymétrie faciale. Teint jaunâtre. Cheveux gris. Œil châtain foncé (Pl. XVI, fig. 2).

Signes de dégénérescence.

OBSERVATION LXI.

Démence simple. Indifférence euphorique. Dysarthrie. Traité par chauffage diathermique : après la 2^e séance, manifeste de l'agitation et des idées de grandeur transitoires.

Assez bonne santé auparavant, cependant est atteint de bronchite chronique. Dégénérescence physique.

Varr... Joseph, employé, âgé de 41 ans, entre aux Chalets en septembre 1931. Depuis un an, dit sa femme, il n'a plus sa tête à lui. Il emprunte de l'argent, vend les objets de son ménage, est inexact à son bureau, devient brutal et taciturne. Maigrit un peu.

A l'examen, démence euphorique, approbativité, dysarthrie, tremblement important, ralentissement et maladresse extrêmes de tous les gestes. Les pupilles réagissent à la lumière. LCR, 50 a, 14 l., B-W et Benjoin positifs. Sang partiellement positif. TA 14/8.

Traité par le chauffage diathermique à 42°. Après la deuxième séance, il présente un peu d'agitation, et énonce quelques idées délirantes de grandeur. Pas amélioré. Placement,

Père âgé de 60 ans, de la même taille que son fils, mais plus corpulent, d'une grande activité ; il boit beaucoup et a un caractère très violent. Mère âgée de 62 ans, bien portante, petite et de corpulence moyenne. Ont trois enfants, dont l'un, âgé de 37 ans, est également buveur.

A. et Constitution. — I. Santé assez bonne. Cependant est impuissant depuis 4 ans. De plus, depuis fort longtemps, il tousse et crache tous les matins. Il boit depuis quelques années avec excès.

Marié, père de deux enfants en mauvaise santé.

II. Caractère sombre, taciturne, très ambitieux. « Des colères à briser tout », boudeur et rancunier ensuite.

III. Type moyen-long, T 172, Tp 87, P habituel 62, Pi 23. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc mal conformé. Thorax étrié, rétréci et irrégulièrement aplati dans ses 2/3 supérieurs. Rétraction avec creux sternal en avant. Cyphoscoliose en arrière (tout ceci lié à une sclérose pulmonaire). La partie inférieure du thorax est au contraire éversée, et forme une sorte de dôme qui coiffe l'abdomen. Celui-ci est globuleux, saillant en avant, et légèrement tombant ; cambrure lombaire prononcée. Peau blanc-mat. Embonpoint moyen-faible.

Membres longs et aplatis, d'ossature moyenne (tp. 16), de musculature plutôt grêle.

Tête petite, sous-brachy (80). Visage très allongé. Teint mat-jaune avec quelques rougeurs. Œil marron. Cheveux noirs, longs, plats et doux ; large calvitie à peu près régulière.

Signes de dégénérescence.

OBSERVATION LXII.

Début par ictus apoplectique. Depuis, affaiblissement intellectuel à type de confusion mentale simple. Somnolence diurne avec rougeur congestive du visage. Visage égaré. Gestes incertains. Aggravation rapide. Moments de stupeur complète, avec facies vultueux. Traitée par chauffage diathermique. Ictus à la troisième séance. Durée totale : 3 mois.

Bonne santé jusqu'à la ménopause, voici deux ans. A cette époque, cholécystectomie.

Père mort aliéné (état mélancolique avec démence).

Ar... Marie, ménagère, âgée de 53 ans, entre en septembre 1931 aux Chalets. Selon son mari, elle « n'a plus sa tête » depuis un mois. Répond à côté des questions. Ne s'intéresse à rien. Complètement

apathique, mais cependant très irritable. Insomnie. Il y a une semaine, elle a eu mal à la tête, puis ensuite un vertige et elle est tombée sans connaissance ; depuis lors, la malade somnole constamment, et son visage est vultueux.

A l'examen, ce qui domine, c'est l'aspect hébété et comme égaré de la malade. Ralentissement psychique et confusion extrême dans les idées. Il y a plus de confusion que de démence. La démence se manifeste cependant par l'indifférence béate, par l'approbativité et par de gros troubles de la mémoire. Dysarthrie. LCR, 40 a, 1 l., B-W et Benjoin positifs. Sang positif, TA 16/7.

Dans les jours qui suivent, la malade présente plusieurs fois un état de stupeur extrême, avec immobilité, regard vague ; son visage est vultueux ; elle ne répond rien aux questions. Pas d'ictus. Soumise au chauffage diathermique à 42°. A la suite de la 3^e séance, ictus et mort rapide.

Père mort vers la soixantaine, d'un état démentiel dépressif. Mère morte vers 50 ans d'un « chaud et froid ». Ont eu plusieurs enfants, qui tous sont morts (?).

A. et Constitution. — I. Bien portante jusqu'à la ménopause, il y a deux ans. A cette époque, fortes migraines pour lesquelles on conseille l'ablation chirurgicale de la vésicule biliaire ; celle-ci est pratiquée.

Mariée à 25 ans, a eu un fils mort à l'âge de 24 ans.

II. Caractère plutôt solitaire, très actif, doux et paisible, mais de temps à autre des colères « soupe au lait ».

III. Type moyen-long, T 166, Tp 80, P habituel 70-72, Pi 15. Membres plus longs que le tronc.

Tronc allongé, de forme rectangulaire. Epaules larges et droites. Bassin un peu moins large que les épaules. Embonpoint moyen.

Membres allongés aplatis. Muscles peu développés. Embonpoint moyen.

Tête brachy (86). Visage allongé ovale. Peau rosée. Œil verdâtre. Cheveux blonds.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXIII.

Début par ictus, paroles et actes extravagants, amaigrissement. Vue 5 années après : démence complète, gâtisme, indifférence, dysarthrie. Evolution rapide, escharres, mort.

Bonne santé auparavant. Syphilis soignée depuis 5 ans. Constitution robuste, corpulence très forte.

Père mort suicide.

Auv... Zélie, commerçante, âgée de 57 ans, entre aux Chalets en mai 1931. Elle est malade depuis 5 ans. Amaigrissement (de 96 à 70 kgr.). Plusieurs ictus avec paralysies transitoires. Tient des propos extravagants. Change de caractère : tout d'abord sa tendance irascible habituelle s'exagère, elle a des colères terribles ; ensuite devient apathique et pleurnicharde.

A l'examen, démente totale et profonde. Gâtisme. Dysarthrie. Reliquat d'hémiplégie gauche. Signe de Babinski bilatéral. Pupilles inégales et rigides. LCR, 45 a, 3 l., B-W et Benjoin positifs. TA 14/6. Double souffle à la base du cœur.

Rapidement, paralysie progressive de tout le corps. Malade grabataire. Escharres. Morte dans le marasme le 10 juin.

Père d'une forte corpulence et d'une constitution robuste, s'est suicidé par asphyxie à l'âge de 26 ans parce qu'il faisait de mauvaises affaires dans son commerce. Mère âgée de 78 ans, très bien portante, encore très active, maigre et sèche.

A. et Constitution. — I. Excellente santé. Gros appétit. Se fait soigner depuis 5 ans pour syphilis.

Mariée deux fois. La première à 20 ans ; fait 4 fausses-couches, a ensuite deux enfants, une fille morte à 10 ans de phtisie galopante, une autre fille bien portante, et taillée physiquement comme sa mère. Divorcée, 20 ans avec un ami. Remariée depuis 11 ans avec un homme qui est atteint de syphilis.

II. Caractère très sociable, très gai, ami de tout le monde, grande activité. Des colères terribles, mais vite passées.

III. Type moyen-court, T 120, Tp 95, P 96, Pi — 11. Membres un peu plus courts que le tronc.

Tronc haut, large et épais. Thorax vaste, Epaules larges et droites. Bassin large. Abdomen saillant. Embonpoint fort. Peau blanche.

Membres très robustes, d'ossature moyenne-forte (tp. 18), de muscles très développés, d'embonpoint moyen.

Tête forte. Visage massif, d'ossature puissante, bien en chair. Teint rouge.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXIV.

(Service du D^r VURPAS.)

Affaiblissement intellectuel considérable, à type de confusion mentale. Dysarthrie et tremblement très prononcés. Inertie totale. Gâtisme. Traitée par le stovarsol avec une amélioration considérable : retour de la conscience, des sentiments et de l'activité, mais persistance d'un certain degré de dysarthrie.

Corpulence faible.

Besn... Céline, âgée de 30 ans, entre en mars 1931, dans le service du D^r Cl. VURPAS. Aucun renseignement sur le début.

A l'examen, la démence paraît complète. Mais de plus, la malade semble égarée. La dysarthrie est considérable. Interrogée, la malade ne répond que quelques mots incompréhensibles. Tremblement très prononcé. Les premiers temps de son séjour, elle reste couchée, inerte et gâteuse. Gloutonnerie. Pupilles très dilatées, ne réagissant pas à la lumière. LCR, 35 a, 6 l., B-W et Benjoin positifs. Sang positif, TA 14/7.

Traitée par le stovarsol. En deux mois, transformation complète. La malade se lève. Elle reprend contact avec le monde. Elle garde le souvenir confus de ce qui s'est passé. Elle a conscience qu'elle a été malade et qu'elle va mieux. Elle demande à voir les siens. Elle demande à s'occuper, et aide les infirmières, toutefois avec plus de dévouement que d'habileté. La dysarthrie et le tremblement persistent, mais moins prononcés. LCR (mars 1932), 45 a, 2 l., BW et Benjoin positifs.

Constitution. — Type long, T. 163, Tp. 83, P. 48, Pi 32. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc long étroit, et d'épaisseur moyenne. Embonpoint moyen faible. Peau blanche.

Membres allongés, d'ossature faible (tp. 14,5) de muscles peu développés, d'embonpoint moyen.

Tête petite. Visage allongé. Cheveux noirs. Œil châtain.

OBSERVATION LXV.

Démence simple. Euphorie. Pas de dysarthrie. Malaria sans amélioration.

Bonne santé auparavant. Corps bien proportionné. Embonpoint moyen.

Mère soignée 7 mois pour dépression mentale, actuellement guérie.

Bre... Marie, commerçante, âgée de 45 ans, entre aux Chalets en août 1931. Aucun renseignement sur le début de sa maladie.

A l'examen, gros affaiblissement intellectuel. Insouciance. Puérilité. Euphorie sans délire. N'achoppe qu'aux mots d'épreuve. Pupilles irrégulières et rigides. LCR, 50 a, 14 l., Targowla, CM, B-W et Benjoin positifs. Sang positif, TA 13/7.

Malariée le 28 août. Aucun changement. Evolution d'une forme démentielle simple avec euphorie, dysarthrie très peu prononcée. Bonne santé physique. Revue en juin 1932. Même état.

Père âgé de 69 ans, bien portant, de forte corpulence. Mère âgée de 67 ans, de forte corpulence, a été soignée 7 mois dans un asile pour dépression, va bien maintenant. Ont eu 9 enfants ; sauf 3 fils tués à la guerre, tous les autres vivent.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Appétit bon. Avait toujours « le sang à la tête ».

Mariée à 23 ans, a une fille.

II. Très active, très sociable, plutôt gaie, mais facilement irritable et rancunière. A toujours exercé la profession de commerçante.

III. Type moyen-court, T 153, Tp 84, P 55, Pi 14. Membres supérieurs égaux au tronc. Membres inférieurs plus courts.

Tronc de forme rectangulaire, large et épais. Thorax bien développé, large ; épaules droites. Abdomen et bassin larges, dessinant une amphore avec la racine des cuisses. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres bien développés, d'ossature moyenne (tp. 15) de muscles fermes, d'embonpoint moyen. Les jambes sont plus grasses et plus lourdes que les membres supérieurs, tout en étant harmonieuses.

Tête petite, brachy (81). Visage régulier, assez plein, de teint rose. Cheveux châtain. Œil bleu.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXVI.

Début par maux de tête et amaigrissement. Trois ans après : choc émotif, éclosion brusque de quelques idées de grandeur fugitives. Dénutrition complète. Euphorie. Dysarthrie. Malariée puis traitée par le

stovarsol. Très grande amélioration : retour de la conscience, des sentiments, de l'activité.

Assez bonne santé habituelle. Forte corpulence.

Bri... Marie, couturière, âgée de 44 ans, entre aux Chalest en novembre 1931. Sa maladie a débuté, semble-t-il, quelques semaines avant cette date. A l'occasion d'une forte émotion de nature triste, incohérences de langage, quelques idées ambitieuses (veut acheter à la fois deux montres, deux robes). Mais, en réalité, elle n'était plus la même depuis trois ans, elle se plaignait de maux de tête, elle maigrissait beaucoup.

A l'examen, signes d'une démence globale. Satisfaction béate. Ne pense qu'à manger. De temps à autre se manifeste une très légère tendance mégalomaniacale : veut crocheter avec des fils d'or et d'argent. Dysarthrie. Pupilles inégales et rigides. LCR, 40 a, 27 l., B-W, Targowla et CM positifs. Sang positif, TA 13/8.

Malariée le 14 novembre. Est très améliorée. Se rend compte de son état. Travaille dans le service. Chez elle, le 30 janvier 1932. Revue le 20 février. Se dit bien, mais fatiguée et dormant mal. Pas de dysarthrie. Intelligence normale.

Père de très bonne santé, grand buveur, de taille moyenne, de constitution robuste et corpulente, disparu en mer à 60 ans. Mère âgée de 74 ans, très bien portante, le physique de la malade. Ont eu 12 enfants dont 6 sont vivants et bien portants ; l'un d'eux a lui-même 12 enfants, deux autres en ont 7 chacun. Tous ces enfants sont de taille moyenne et de corpulence plutôt forte.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle ; elle est cependant la moins résistante de toute la famille. Appétit moyen.

Typhoïde à 21 ans. A 34 ans, ablation d'un ovaire et du col utérin. Mariée, un enfant mort à 6 mois.

II. Caractère doux, sociable, gai. Grande activité. Stabilité (8 ans dans la même place). Pas coléreuse, se domine au contraire fort bien.

III. Type moyen-court, T 146, Tp 80. P actuel autour de 50, mais antérieurement plus forte : a pesé 60 kgr. de 25 à 40 ans environ, Pi de 6 à 19. Membres égaux au tronc.

Tronc rectangulaire, large, et d'épaisseur moyenne. Thorax vaste : épaules droites, angle xiphoidien obtus. Ventre et bassin égaux en largeur au thorax. Embonpoint moyen (si l'on en juge par des photographies du sujet dix ans avant sa maladie, l'embonpoint était fort). Peau blanche.

Membres d'ossature fine (tp. 14), de muscles moyennement développés, d'embonpoint moyen-faible.

Tête petite, brachy (84). Visage plein, de forme ovale. Front vaste et arrondi. Œil châtain. Cheveux châtain. Teint rosé (tendance habituelle à la congestion du visage).

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXVII.

(Service du Dr VURPAS.)

Démence simple. Euphorie. Dysarthrie. Traitée par le stovarsol.

Bonne santé auparavant. Corpulence forte.

Cad... Berthe, employée, âgée de 49 ans, se présente seule à la Consultation, en décembre 1931. Selon les renseignements que nous avons ensuite obtenus de sa famille, elle a commencé d'être malade en septembre 1931. Depuis un an déjà, elle maigrissait de façon appréciable (de 66 à 56). A la date indiquée, elle se met à tenir des propos déraisonnables ; elle a tendance à faire des excès de boisson, ce qui est très éloigné de son naturel. Elle fait bientôt des erreurs dans ses comptes.

A l'examen, signes d'une démence totale incomplète. Euphorie et insouciance. Pleure au souvenir de la mort de son mari, mais un rien l'en distrait et la fait rire. Tremblement et dysarthrie. Masque paralytique très accusé. Pupilles en myosis et rigides. LCR, 60 a, 20 l., B-W et Benjoin positifs. Sang positif.

Traitée par le stovarsol. A quelque temps de là, ictus léger en descendant du tram. En juillet 1932, l'amélioration obtenue par le traitement est légère.

Père de bonne santé habituelle, grand et de forte corpulence, mort subitement de congestion cérébrale à 75 ans. Mère de très forte corpulence, décédée à 54 ans. Ont eu huit enfants, tous grands et gros. Trois seulement sont actuellement vivants. L'un est mort à 45 ans d'urémie ; il était de forte corpulence.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Bon appétit. Règles régulières et non douloureuses.

Mariée ; une grossesse avortée à 7 mois.

II. Caractère calme, doux, très sociable.

III. Type court, T 153, Tp 96, P moyen 60, Pi — 3. Membres plus courts que le tronc.

Tronc haut, massif, épais, de forme rectangulaire. Embonpoint fort. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne-faible (tp. 15), de muscles moyennement développés, d'embonpoint fort à la racine, médiocre aux extrémités.

Tête forte, brachy (82). Visage bien en chair, de teint rougeâtre. Œil bleu clair. Cheveux bruns.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXVIII.

(Service du D^r VURPAS.)

Démence simple. Euphorie. Dysarthrie. Traitée par le stovarsol sans amélioration.

Forte corpulence.

Pas de renseignement sur l'état antérieur ni sur l'hérédité.

Capor... Serine, cuisinière, âgée de 43 ans, entre en juillet 1930 dans le service du D^r VURPAS. Aucun renseignement sur le début de l'affection.

A notre examen, signes de démence totale. Propos décousus. Indifférence. Euphorie béate. Sensiblerie. Tremblement de la langue. Dysarthrie légère. Pupilles inégales et rigides. LCR, 25 a, 7 l., B-W positif, TA 15/7.

Traitée par le stovarsol (D^r BARBÉ). Légère amélioration. Mais l'indifférence et la puérilité démentielles persistent. La malade répète sans cesse, en pleurnichant que « c'est la chaleur des fourneaux qui l'a rendue ainsi ! ».

En 1932, état stationnaire. Déficit intellectuel profond. Bonne santé physique.

Constitution physique. — Type moyen, T 158, Tp 90, P 65 kgr., Pi 3. Membres égaux au tronc. Embonpoint fort, surtout au tronc. Visage charnu, de teint rosé. Œil châtain foncé. Cheveux châtain foncé grisonnants.

OBSERVATION LXIX.

(Service du D^r LEROY.)

Début par un changement de caractère et de l'amaigrissement. Rapidement signes démentiels. Malariathérapie.

Bonne santé habituelle. Corpulence moyenne-forte.

Cl... Berthe, âgée de 42 ans, ménagère, est admise à Sainte-Anne dans le service du D^r LEROY. Six mois avant son entrée, son caractère devient plus irritable et porté à la tristesse. Elle présente des oublis singuliers ; elle maigrit. Quelques mois après indifférence apathique.

A l'examen, démence globale. Docilité et approbativité niaise. Troubles de la mémoire et du jugement. Euphorie sans délire. Forte dysarthrie. Pupilles rigides. LCR positif. TA 12/8.

Malariathérapie.

Père mort des suites d'une ancienne blessure, à 59 ans (?). Mère de forte corpulence, est morte à 80 ans d'une maladie de cœur. Ont eu huit enfants, dont 3 sont vivants.

A. et Constitution. — I. Bien portante d'ordinaire. Appétit irrégulier.

Mariée à 30 ans. Une fausse-couche. Une fillette morte de diphtérie.

II. Intelligence satisfaisante bien que sans aucune instruction. Caractère très affectueux, sociable, passant aisément de l'extrême de la joie à l'extrême de la tristesse. Des colères sans rancune.

III. Type moyen-court, T 160, Tp 92, P 65, Pi = 3. Membres un peu plus courts que le tronc.

Tronc large et épais. Thorax vaste. Bassin large. Abdomen saillant. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne (tp. 15), de muscles assez bien développés, mais flaccides, d'embonpoint moyen-fort.

Tête brachy (85). Visage de contour rectangulaire, bien en chair. Teint rouge. Œil châtain clair. Cheveux châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXX.

Démence simple. Désorientation profonde. Humeur variable. Dysarthrie. Démarche incertaine. Malariée. Décédée des suites du traitement.

Bonne santé auparavant. Forte corpulence.

Coul... Célestine, ménagère, âgée de 40 ans, entre aux Chalets en novembre 1931. Il y a 6 mois, elle a ressenti des maux de tête, elle manquait de mémoire. Elle avait conscience qu'elle était malade et s'en affligeait. Depuis un mois, aggravation. Bavarde toute seule, ne fait plus son ménage. Une P. L. à l'institut Vernes ayant donné un résultat positif, on lui prescrit des piqûres, mais elle oublie de se les faire faire. Changement de caractère : devient dépensière, gloutonne. Hostilité envers son mari.

A l'examen, signes d'une démence très profonde. Alternance d'euphorie et de dysphorie. Veut sans cesse quitter l'hôpital. Dysarthrie légère. Démarche ataxique. Pupilles égales, réagissant paresseusement. LCR (Dr VERNES), 119 a, 50 l., 69, TA 10/6.

Malariée le 14. Aggravation de l'état général à la suite des accès. Décès dans le marasme le 11 décembre.

Père était grand buveur, décédé à 73 ans. Mère était maigre et petite, morte à 74 ans d'affection cardiaque. Ont eu 13 enfants, dont 3 sont actuellement vivants ; outre la malade, une fille, petite et maigre, mariée et mère de plusieurs enfants bien portants, un fils de corpulence moyenne, de bonne santé.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Forte grippe en 1918. Très bon appétit.

Mariée à 26 ans, sans enfant.

II. Caractère doux, gai, sociable, très actif et économe. Non sujette à la colère.

III. Type moyen, T 159, Tp 85, P 70-72 kgr. (aurait même pesé 74 au début de sa maladie), Pi 3. Membres égaux au tronc.

Tronc rectangulaire, large et épais. Thorax égal à l'abdomen. Bon développement de toutes ces parties. Embonpoint moyen-fort. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16), de musculature bien développée, mais molle, d'embonpoint moyen.

Tête petite, brachy (83). Visage de forme régulièrement rectangu-

laire : délinéation osseuse fine, chairs épaisses. Teint rosé. Œil châtin. Cheveux grisonnants.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXI.

Début par plusieurs ictus, suivis de dysarthrie. Démence simple. Euphorie. Dysarthrie.

Bonne santé auparavant. Syphilis probable. Forte corpulence.

Eri... Madeleine, ouvrière, âgée de 35 ans, entre aux Chalets en avril 1931. La maladie a débuté en juillet 1930, brusquement, par une chute avec perte de connaissance. A ce moment, on s'est aperçu qu'elle bredouillait, et que parfois, elle disait un mot pour un autre sans s'en rendre compte. En août, un matin, il lui est impossible de proférer une seule parole, et cela pendant plusieurs heures. En mars 1931, seconde chute avec perte de connaissance. De plus, elle dit des bêtises. Elle se plaint de maux de tête. Enfin elle est renvoyée de son travail pour avoir fait, dit-elle, « trois trous à l'envers ».

A l'examen, la démence est nette, quoique légère. Indifférence. Approbativité. Puérilité. Dysarthrie moyenne. Réflexe achilléen gauche aboli. Pupilles inégales ; la droite ne réagit pas. LCR, 50 a, 37 l., B-W et Benjoin positifs, TA 13/9.

Malariée le 20. Est légèrement améliorée. Chez elle en juin. La malade ayant changé de domicile, n'a pu être suivie.

Père âgé de 61 ans, a fait de gros excès de boisson et souffre actuellement de l'estomac ; très forte corpulence ; caractère très coléreux et ombrageux. Mère âgée de 57 ans, bien portante, d'une forte corpulence, d'un caractère sociable et doux. Ont quatre enfants, tous de forte corpulence et de bonne santé habituelle.

A. et Constitution. — I. D'une excellente santé habituelle. Gros appétit. Menstrues régulières.

Mariée à 25 ans ; son mari est mort fou à l'âge de 32 ans. La malade a fait une fausse couche. Pas d'enfant. Vit depuis deux ans avec un ami.

II. Caractère très sociable, très actif, sujet à la colère.

III. Type court, T 153, Tp 92, P 68, Pi — 7. Membres plus courts que le tronc.

Tronc haut, large, épais, de forme rectangulaire. Egalité du thorax et de l'abdomen. Embonpoint fort. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16), de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Visage plein et charnu (cf. Pl. XIII, fig. 3) ; teint rouge. Œil châtain. Cheveux châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXII.

(Service du D^r LEROY.)

Début démentiel simple. Ictus léger. Démence paralytique profonde. Malariée.

Bonne santé antérieure. Très forte corpulence.

Gi... Claire, âgée de 56 ans, marchande, est admise à Sainte-Anne, dans le service du D^r LEROY. Sa maladie a commencé en mai 1931 ; elle perd la mémoire, ne s'occupe plus de rien, et tient des propos absurdes sur n'importe quel sujet. En octobre, léger ictus ayant amené une paralysie transitoire du bras gauche et de la langue.

A l'examen, démence totale et complète. Indifférence. Apathie. Approbativité extrême. Gâtisme. Euphorie béate. Idée délirante de négation stéréotypée : « J'ai, dit-elle, deux cancers dans le ventre ; mes deux cancers sont beaux comme des enfants » et disant cela, elle rit. Dysarthrie considérable. Tremblement généralisé. Pupilles inégales. LCR positif. TA 13/7.

Père mort à 63 ans de congestion cérébrale. Mère morte à 65 ans de la même maladie. Ont eu deux enfants.

Un cousin a des troubles mentaux dus à l'intoxication alcoolique.

A. et Constitution. — I. Bonne santé. Gros appétit. Pas d'excès de boisson.

Mariée à 21 ans, un fils bien portant, une fille.

II. Caractère calme, sociable, mais plutôt sombre et taciturne. Beaucoup de bonté. Des colères sans rancune. Grande activité.

III. Type court, T 144, Tp 94, P 63, Pi — 10, mais il y a une dizaine d'années, la malade présentait une corpulence bien plus forte, jusqu'à 100 kgr., l'indice atteignait donc au moins — 47.

Membres plus courts que le tronc.

Tronc massif, haut, large, épais, de contour rectangulaire. Embonpoint fort. Peau mate.

Membres d'ossature moyenne (tp. 15,5), de muscles bien développés, d'embonpoint moyen. Main courte et charnue.

Tête petite, hyperbrachy (91). Visage plein et charnu. Œil châtain. Cheveux bruns.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXIII.

Démence simple. Alternatives d'euphorie et de tristesse. Dysarthrie légère. Malariée sans amélioration. Un peu d'excitation avec idées de grandeur transitoires.

Bonne santé auparavant. Maigre étant jeune. Embonpoint à la maturité.

Gob... Armande, âgée de 45 ans, entre aux Chalets en février 1931. Il y a 7 mois, elle devient triste sans pouvoir en dire la raison ; elle pleure sans cesse ; elle maigrit. Puis indifférente à tout.

A l'examen, indifférence. Trouble de la mémoire et du jugement. Cependant, elle se sait malade, et elle peut dire ce que contient un texte qu'on lui fait lire. Triste par moment, mais passe très rapidement de la tristesse à une euphorie caractéristique. Tremblement des lèvres. Dysarthrie légère. Pupilles inégales et rigides. LCR, 100 a, 68 l., B-W et Benjoin positifs. Sang positif. TA 14/9.

Malariée puis traitée par le stovarsol. Pas d'amélioration. Au contraire, elle se montre un peu agitée, méchante envers son entourage ; de temps à autre, elle déclare être la reine de Siam. Chez elle, sur la demande de sa mère. Perdue de vue ensuite.

Père âgé de 71 ans, d'une bonne santé mais grand buveur ; taille moyenne, robuste et musclé sans gros embonpoint. Mère âgée de 70 ans, bien portante jusqu'à ces dernières années ; souffre actuellement de bronchite chronique ; forte corpulence. Longévité dans la famille de la mère.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle.

Mariée à 38 ans, sans enfant.

II. Caractère légèrement cyclothymique : sur un fonds de gaieté des périodes de tristesse. Pas de tendance à la colère.

III. Type moyen, T 160, Tp 85, P maigre étant jeune fille, a pris de l'embonpoint de 30 à 40 ans jusqu'à 70 kgr., mais a maigri au début de sa maladie, à 67. Pi autour de 5.

Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire, de hauteur, largeur et épaisseur moyennes. Embonpoint moyen.

Membres bien développés.

Tête petite. Visage en forme de rectangle un peu allongé. Chairs pleines. Teint rose. Œil marron. Cheveux châtain foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXIV.

Début par amaigrissement et douleurs gastriques. Trois ans après parésie du membre inférieur gauche. Cinq ans après, démence complète. Indifférence. Dysarthrie très prononcée. Traitée par le stovarsol sans aucun résultat. Mort dans le marasme.

Bonne santé auparavant. Forte corpulence.

Gont... Alphonsine, âgée de 51 ans, entre aux Chalets en août 1931. Sa santé a commencé de décliner il y a 5 ans. Elle maigrissait beaucoup, passant de 75 kgr., son poids habituel, à 47. Comme elle souffrait de l'estomac, on a rendu cet organe responsable des troubles, mais les soins donnés n'ont produit aucune amélioration. On a pratiqué alors un examen du sang ; résultat positif il y a deux ans. A cette époque, la malade éprouvait souvent un tremblement de tout le côté gauche et sa jambe gauche se dérobaît sous elle. Série d'injections. Amélioration jusqu'en janvier 1931. Depuis cette date, la malade « perd la tête », elle est indifférente à tout. Le poids se maintient à 47.

A l'examen, démence profonde. Facies inexpressif. Pleurs faciles. Dysarthrie considérable. LCR, 40 a, 12 l., CM et Benjoin positifs. Sang négatif, TA 13/8.

Rapidement, malgré les injections de stovarsol, l'état s'aggrave. Escharres. Fièvre. Mort en moins d'un mois dans le marasme.

Père petit et « sec », mort à 76 ans. Mère de corpulence assez forte, morte à 55 ans des suites d'un fibrome.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Appétit moyen. Mariée, deux enfants, dont l'une est âgée de 25 ans, bien portante.

II. Caractère plutôt gai, sociable, très coléreux, mais non rancunier.

III. Type moyen, T 160, Tp 80, P 47, d'où P 33. mais on se trouve en présence d'un sujet très émacié par la maladie. Autant qu'on peut en juger par la connaissance du poids habituel, qui atteignait 75 kgr., l'indice de Pignet devait être au voisinage de 0.

OBSERVATION LXXV.

Démence simple. Euphorie. Quelques idées de grandeur fugitives. Dysarthrie légère. Trois ans après, même état : démence paraissant fixée.

Bonne santé auparavant. Corpulence moyenne.

Pas de renseignement sur l'hérédité.

Mass... Gabrielle, âgée de 47 ans, entre aux Chalets en juin 1931. Elle est malade depuis 1928. A cette époque, elle a cessé de travailler convenablement, sa parole est devenue hésitante. Elle s'est mise à maigrir. Elle continue de « bricoler » dans son ménage, mais elle tient des propos décousus et se promène toute la journée n'importe où.

A l'examen, démence importante. Ignorance du lieu et de la date. Indifférence à son état. Monologue incessant. Propos sans aucune signification. Docilité de type démentiel. Euphorie. Quelques idées de grandeur transitoire. Dysarthrie assez difficile à mettre en évidence à cause d'un « zézaïement » congénital. Tremblement des lèvres, de la langue et des mains. Pupilles normales. LCR, 45 a, 26 l., Targowla et CM H₀, B-W H₈. Sang fortement positif. TA 14/7.

L'état démentiel de cette malade paraît fixé ; aucune modification pendant les quelques semaines de l'observation. Chez elle.

A. et Constitution. — I. Très bonne santé habituelle. Mariée à 21 ans, deux enfants morts en bas âge.

III. Type moyen, T 155, Tp 82, P habituel 64, a maigri jusqu'à 56. Pi de 9 à 17. Membres égaux au tronc.

Corpulence actuellement moyenne. Visage un peu amaigri, mais dont les chairs lissiment encore assez bien l'ossature. Peau mate avec quelques rougeurs. Œil et cheveux châtain. Quelques poils de barbe.

OBSERVATION LXXVI.

Début par affaiblissement intellectuel, conscience de l'état morbide, tristesse et craintes hypocondriaques passagères. Rapidement démence incomplète. Euphorie Dysarthrie. Malariée avec notable amélioration.

Bonne santé auparavant. Forte corpulence.

Mor... Germaine, ménagère, âgée de 30 ans, entre aux Chalets en avril 1931. Depuis un mois, elle est plus nerveuse que de cou-

tume ; elle pleure, elle n'a plus de goût à aucun travail, elle se dispute sans raison avec sa patronne, elle se plaint de maux de tête, elle craint de devenir folle. Le sommeil et l'appétit, cependant, sont normaux. A plusieurs reprises, conversant avec sa mère, elle s'est arrêtée brusquement de parler, sans avoir elle-même conscience de cet arrêt (ébauche d'ictus).

A l'examen, l'intelligence semble plutôt ralentie que lésée. La malade tarde à répondre aux questions ; elle dit souvent : « Je ne sais pas ». Approbativité. Une certaine niaiserie dans les propos. Bien qu'elle pleure facilement, la malade n'est pas triste. Son visage est atone ; il exprime plus d'indifférence fatiguée que de tristesse. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Pupilles réagissant faiblement à la lumière. LCR, 80 a, 20 l., B-W et Benjoin positifs, TA 12/7.

Malariée en mai. Très rapidement la malade se montre indifférente à son état et euphorique. Après les accès de fièvre, la dysarthrie qui jusque-là était peu prononcée, devient formidable pendant quelques jours ; la malade ne s'en affecte pas du tout. Etat général excellent. Gros appétit.

Peu à peu l'état mental s'améliore. Sortie chez elle. Revue en février 1932. Consciente d'avoir été malade. Vient d'elle-même et régulièrement au traitement. Néanmoins montre encore beaucoup de puérilité dans ses propos.

Père de corpulence moyenne, bien portant. Mère âgée de 55 ans, bien portante, d'une très forte corpulence (110 kgr.). Ont trois enfants. Outre la malade, une fille de 35 ans qui pèse 106 kgr., un fils de 31 ans qui pèse 120 kgr. et souffre de fréquents rhumatismes.

A. et Constitution. — I. Toujours très bien portant. Gros appétit. Mariée à 20 ans, a fait une fausse-couche de 6 semaines. Pas d'enfant.

II. Caractère doux, sociable et gai. Pas coléreux. Activité moyenne. Assez nerveuse, sujette à des dépressions passagères.

III. Type moyen-court, T 160, Tp 95, P 75-77 kgr., Pi — 10. Membres un peu plus courts que le tronc.

Tronc haut, large et épais, de forme rectangulaire par égalité du thorax et du ventre. Thorax vaste, épaules droites. Bassin large. Ventre légèrement proéminent. Embonpoint fort.

Membres d'ossature moyenne (tp. 15,5), de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Visage de forme rectangulaire, bien en chair. Teint rouge. Œil châtain foncé. Cheveux de même.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXVII.

Démence simple. Alternances de gaieté et de tristesse. Dysarthrie. Malariée. Nettement améliorée, mais non guérie.

Bonne santé auparavant, sauf pleurésie il y a 7 ans. Corpulence forte.

P... Andrée, âgée de 35 ans, couturière, entre aux Chalets en septembre 1931. Le début de sa maladie est imprécis. Quittée par son mari voici 5 ans, la malade présente depuis des alternances de gaieté et de tristesse qui sont l'accentuation d'une disposition habituelle aux changements d'humeur. Il n'y a pas eu d'autre trouble.

Cependant, à l'examen, on constate un déficit intellectuel important, dont la malade n'a nulle conscience. Euphorique, avec, de temps à autre, des tristesses et des pleurs dont elle ne peut donner le motif. Dysarthrie modérée. Pupilles très irrégulières et rigides. Facies paralytique. LCR, 65 a, 16 l., B-W et Benjoin positifs. Sang négatif, TA 12/7.

Malariée le 15 octobre. Sensible amélioration. Surtout, la malade retrouve son activité antérieure et aide beaucoup aux soins du service. Mais l'intelligence reste très affaiblie. Absence complète de jugement, et de pudeur. Chez elle en février 1932.

Père de bonne santé et de forte corpulence, est emporté en deux ans de tuberculose pulmonaire (47 ans). Mère âgée de 80 ans, toujours de bonne santé, encore très active, de forte corpulence. Ont eu 6 enfants tous de bonne santé et de forte corpulence.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Excellent appétit. Aurait eu il y a 7 ans une pleurésie avec épanchement.

Mariée à 28 ans, sans enfant.

II. Selon sa sœur, la malade a « le caractère de quelqu'un de maladif, ne supportant pas les excitations ». Sujette à des sautes d'humeur brusques, facilement en colère. Bonne et généreuse. Très active, très sociable.

III. Type moyen-court, T 155, Tp 90, P 65, Pi 0. Membres plus courts que le tronc (Pl. IV).

Tronc haut, large et épais. Bassin plus large que le thorax. Cependant le thorax est bien développé, les épaules droites, l'angle xiphoïdien obtus. Embonpoint fort.

Membres d'ossature moyenne (tp. 15,5), de musculature bien développée, d'embonpoint moyen.

Tête brachy (83). Visage en forme de rectangle, bien en chair. Peau mate, pommettes rouges. Œil marron. Cheveux bruns.
Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXVIII.

(Service du D^r LEROY.)

Début voici 5 ans par changement de caractère et troubles de la mémoire. Etat démentiel incomplet. Euphorie. Dysarthrie.

Bonne santé habituelle. Corpulence moyenne.

Mari tabétique ancien.

Po... Angèle, âgée de 56 ans, entre dans le service du D^r LEROY à Sainte-Anne. Sa maladie a débuté, semble-t-il, il y a 5 ou 6 ans par un changement profond de caractère. Alors que jusque-là, elle était aimable et paisible, elle est devenue d'une irritabilité extrême, transformant son foyer en un « enfer ». De plus elle maigrit et perd la mémoire.

A l'examen, démence incomplète. La malade a partiellement conscience du lieu où elle se trouve et des raisons qui l'y ont fait mettre. Toutefois, elle est euphorique et docile. Pas de délire. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Pupilles irrégulières et rigides. LCR, 50 a, 5 l., Benjoin positif, B-W partiellement positif. Sang négatif, TA 13/7 V.

Malariathérapie. Amélioration. Les troubles n'évoluent pas.

Père grand et d'assez forte corpulence, mort à 62 ans d'un cancer gastrique. Mère très corpulente, morte à 82 ans des suites d'une fracture de côte. Ont eu 5 enfants, dont deux seuls vivent.

A. et. Constitution. — I. Bien portante. Bon appétit. A eu jadis un érysipèle.

Mariée à 20 ans, a eu deux enfants, morts tous deux.

II. Caractère aimable, très sociable, gai. Grande activité. Intelligence médiocre, mais grand bon sens.

III. Type moyen. T 157, Tp 79, P habituel 61, Pi 17. Membres égaux au tronc.

Tronc peu harmonieux, en forme de sablier. Thorax déformé, sternum en bréchet, dos voûté. Bassin et abdomen larges. Ventre proéminent. Embonpoint moyen. Peau blanche.

Membres d'ossature moyenne-faible (tp. 14), de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête petite, brachy (86). Visage large et plein. Cependant les pommettes sont un peu saillantes et les tempes creuses. Teint rosé. Œil bleu. Cheveux bruns.

Quelques signes de dégénérescence (thorax).

Nota. — Le mari a contracté la syphilis en 1893, et depuis 1905, il est atteint de tabes. Crises incessantes de douleurs fulgurantes. Démarche fortement ataxique depuis 1921. Il a toujours, dit-il, été d'un tempérament maigre et sec, et il est aujourd'hui tel qu'il était il y a 20 ans. Il pèse 55 kgr. pour une taille de 161 cm. C'est le type même du « rétracté » (cf. Etude des Tempéraments). Visage asymétrique, de modelé tourmenté (creux et bosses), très maigre.

OBSERVATION LXXIX.

(Service du D^r LEROY.)

Début par excitation. Idées ambitieuses non dominantes. Démence incomplète. Malariée. Amélioration.

Bonne santé antérieure. Corpulence faible.

Père mort gâteux.

Ro... Mathilde, fille de salle, âgée de 51 ans, est admise à Sainte-Anne dans le service du D^r LEROY. Six mois avant son entrée, elle avait paru bizarre à ses familiers. Bientôt elle montre une susceptibilité exagérée et tient des propos absurdes.

A l'examen, l'affaiblissement intellectuel est peu prononcé. Conscience du lieu où elle se trouve. Protestation contre son maintien ici. Cependant euphorie. Idées de richesse peu dominantes. Dysarthrie. Pupilles inégales et rigides. LCR, 90 a, 50 l., B-W positif, TA 18/7. Clangor aortique.

Malariée en septembre 1931. Améliorée, après une période d'excitation. Peut quitter l'asile.

Père mort gâteux vers 70 ans. Mère morte de cancer utérin. Ont eu 4 enfants dont 3 vivent. Avec la malade, ce sont 3 fils, tous trois de forte corpulence. Celui qui est mort était atteint de bronchite chronique : il a un fils très corpulent (84 kgr.). Des deux autres, l'un a une affection cardiaque.

A. et Constitution. — I. Jamais malade. Appétit médiocre. Pas d'excès de boisson.

Non mariée.

II. Caractère peu sociable, solitaire, taciturne, prompt à se faire des soucis imaginaires. Intelligence médiocre.

III. Type moyen, T 160, Tp 84, P 54, Pi 22. Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire un peu rétrécie à la taille. Thorax large, d'épaisseur moyenne. Ventre un peu saillant. Embonpoint moyen, Peau mate.

Membres d'ossature moyenne (tp. 15), de muscles peu épais mais fermes, d'embonpoint faible.

Tête brachy (88). Visage de contour hexagonal par la saillie des pommettes. Bien en chair cependant. Teint rosé. Cheveux châtain foncé. Œil bleu.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXX.

Démence complète. Indifférence. Gâtisme. Dysarthrie. Malariée avec une grande amélioration de son état. Revue un an après : bon état. Puis perdue de vue.

Forte corpulence.

Pas de renseignement sur l'état antérieur ni sur l'hérédité.

Trela... Marian, âgée de 51 ans, entre aux Chalets en janvier 1930. Elle est tombée récemment en descendant du tram, et elle est restée un moment sans connaissance ; elle n'était pas blessée. Peu après, se perd dans la rue, sort de chez elle dans n'importe quelle tenue, et se met à manger avec ses doigts.

A l'examen, démence profonde. Apathie complète. Gâtisme. Tremblement des doigts et de la langue. Pas de signe d'Argyll Robertson. LCR, 40 a, 16 l., B-W, CM et Benjoin positif. Sang positif.

Malariée le 7 février. Améliorée. Revue en octobre. Très améliorée. Bon état physique. Etat mental satisfaisant : sociabilité. Revue en mars 1931 : l'état est stationnaire.

Constitution. — Type moyen-court, T 168, Tp 90, P 80, Pi — 2. Fort embonpoint des membres et du tronc. Ossature forte. Nuque courte et grasse. Tête volumineuse. Visage plein, bien en chair. Teint mat. Cheveux grisonnants. Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXXI.

(Service du D^r VURPAS.)

Démence simple. Euphorie. Dysarthrie. Traitée par le stovarsol avec amélioration. Rechute deux ans après. Stovarsol inefficace. Revue quatre ans après le début : même état.

Corpulence et embonpoint très forts.

Turp... Isabelle, ménagère, âgée de 32 ans, entre en septembre 1928 dans le service du D^r VURPAS. Aucun renseignement sur le début de la maladie.

Se présente comme une démence simple. Inconscience de l'état morbide. Indifférence. Approbativité. Euphorie extrême. Aucune idée délirante. Tremblement de la langue. Dysarthrie très prononcée. Pupilles inégales, irrégulières et rigides. LCR, 47 a, 137 l., B-W positif, TA 14/6. Santé physique excellente. Sommeil régulier. Gros appétit.

Traitée par le stovarsol (D^r BARBÉ). Amélioration nette, retour d'une certaine conscience, dysarthrie moindre. Chez elle en janvier 1929.

Revient en novembre 1930 pour retour des mêmes troubles qui depuis lors, n'ont guère été améliorés par le traitement.

A. et Constitution. — I. Bonne santé antérieure. Gros appétit. Mariée sans enfant.

II. Caractère doux, sociable, gai.

III. Type moyen-court, T 165, Tp 90, P 78, Pi — 3. Membres supérieurs égaux au tronc. Membres inférieurs plus courts.

Tronc haut, large et épais. Embonpoint énorme et dysharmonieux. L'embonpoint était fort déjà avant la maladie, mais il s'est beaucoup exagéré depuis. Peau blanc rosé.

Membres inférieurs courts, peu harmonieux, infiltrés de graisse sur toute leur hauteur (en poteaux). Membres supérieurs harmonieux, d'ossature moyenne-faible (14,5), de musculature moyenne, d'embonpoint assez fort à leur racine, absent à l'extrémité.

Visage ovale et charnu, régulier. Peau fraîche et rosée. Cheveux ondulés, châtain. Œil châtain.

OBSERVATION LXXXII.

Démence simple. Euphorie. Dysarthrie. Malariée sans amélioration. Bonne santé auparavant. Corpulence moyenne.

Vass... Lucie, confectionneuse, âgée de 36 ans, entre aux Chalets en mai 1931. En janvier, elle a souffert de maux de tête et d'insomnie ; il a été fait à cette occasion deux prises de sang dont on ne sait pas le résultat. Il y a trois semaines, embarras de la parole, et propos extravagants.

A l'examen, signes d'une démence légère, mais globale. Familiarités. Puérilité. Rire niais et satisfait en parlant des ennuis qu'elle a eus. Dysarthrie très prononcée. Pupilles étroites et rigides. LCR, 45 a, 42 l., B-W et Benjoin positifs, Sang positif, TA 12/9.

Malariée en juin. Légèrement améliorée, rentre chez elle en juillet. Perdue de vue.

Père âgé de 64 ans, toujours bien portant, maigre et sec. Mère de haute taille et de forte corpulence (80 kgr.), morte à 57 ans de maladie de cœur. Ont eu trois enfants. Outre la malade, une fille de 22 ans bien portante, et un fils mort à 20 ans de tuberculose pulmonaire.

A. et Constitution. — I. Toujours en bonne santé. Fausse-couche provoquée à 18 ans. Un fils actuellement âgé de 16 ans.

II. Caractère instable, peu attaché aux siens, coléreux, sans générosité.

III. Type moyen, T 160, Tp 85, P 58, Pi 17. Membres égaux au tronc. Embonpoint moyen. Ossature fine. Teint rose. Cheveux châtain. Œil vert (teinte différente des deux yeux).

* * *

Les malades que nous avons réunis dans cette 6^e série ont un caractère commun : c'est de se présenter sans idée délirante notable pendant tout le cours de leur paralysie générale. Ils ont aussi cette indifférence euphorique qui, par sa fréquence, est à juste titre considérée comme spéciale à la maladie de BAYLE. Ce n'est pas qu'ils présentent ce signe depuis le début de leur affection jusqu'à son terme. Souvent, tout au contraire, les

premières phases sont marquées par un état de dépression triste ; mais cet état est passager et fait rapidement place à l'état contraire dont nous venons de parler. Toutefois, il y a quelques formes de paralysie générale qui se caractérisent par une certaine conscience douloureuse de l'état morbide, ébauche de ce que l'on observe dans les formes mélancoliques (2^e série) ; nous les avons rangées dans la série suivante.

Au point de vue de leur Constitution, les 38 malades de cette série se répartissent en deux groupes principaux.

Le premier, de beaucoup le plus nombreux, renferme 25 cas. Ils ont trait à des sujets qui, dans l'ensemble, présentent les mêmes traits constitutionnels que ceux de notre 1^{re} série. Résumons ces caractères. Dans l'ordre physiologique, bonne santé habituelle ; excellent état des principales fonctions. Dans l'ordre du caractère, sociabilité, expansivité, propension à la colère et parfois aux excès de boissons. Intelligence normale et réalisatrice. Dans l'ordre morphologique, type architectural moyen ou court. Corpulence forte, indiquée par la valeur de l'indice de PIGNET, qui se tient entre — 19 et 7, sauf pour trois sujets féminins de petite taille qui ont respectivement 13, 14, 14. Embonpoint très prononcé. Bon développement musculaire. Bonne harmonie générale du corps (cf. Commentaire suivant la 1^{re} série).

Le second groupe est moins nombreux : il comprend 6 malades qui se distinguent des premiers principalement par leur habitus extérieur. Ils sont en effet de type long et grêle. L'indice de PIGNET, chez eux, est entre 15 et 33. L'embonpoint est faible. De plus, il est fréquent d'observer chez ces sujets des dysharmonies physiques : déformations thoraciques, asymétries faciales prononcées (cf. Pl. XVI) qui autorisent à parler de dégénérescence. Quelques-uns d'entre eux méritent aussi cette épithète par l'état de leur caractère ou de leur intelligence (obs. LVet LXXIX).

Entre ces deux groupes s'en tient un troisième, formé de 7 malades dont la corpulence est moyenne ; chez ceux-ci l'indice

de PIGNET est entre 10 et 17, et les autres caractères morphologiques sont en rapport avec cette valeur.

Nous aurons, dans la deuxième partie de notre travail, à nous demander pourquoi on rencontre si fréquemment ces fortes corpulences parmi nos malades (25 sur 38). Et ce n'est pas ici le lieu d'en traiter. Toutefois, nous ne saurions passer sous silence un fait très remarquable que montrent nos observations.

Parmi nos 38 malades, 6 sont morts, dans des délais qui, comptés à partir du début présumé de l'affection, varient de 3 mois à 5 ans. Or, de ces 6 malades, 5 appartenaient aux types de forte corpulence (obs. XLVIII, XLIX, LXIII, LXX et LXXIV) ; un seul (obs. LXII) était de corpulence moyenne. Par contre, il nous a paru que souvent, les sujets de type long et grêle présentent une démence incomplète, des troubles paralytiques peu prononcés, et que, chez eux, la maladie semble s'arrêter dans son cours. Ainsi les malades des observations XLVII, LX, LXIV et LXXIX. Cette éventualité peut s'observer aussi chez les individus de forte corpulence, mais elle y est dans l'ensemble plus rare. Mais, comme nous n'avons pu prolonger notre observation un temps assez long, nous nous contenterons, sans apporter de conclusion formelle, d'attirer l'attention sur cette particularité évolutive. La question, certes, appelle de nouvelles recherches.

SEPTIÈME SÉRIE

Paralyse générale démentielle simple dysphorique

OBSERVATION LXXXIII.

Début après une commotion. Affaiblissement intellectuel. Oubli d'une langue étrangère. Céphalées. Dysarthrie. Humeur triste et geignarde. Tendance légère aux interprétations morbides et aux idées hypochondriaques.

Santé délicate auparavant. Quelques excès vénériens et bachiques. Corpulence faible.

Père mort vers l'âge de 50 ans, de troubles mentaux avec paralysie.

Cor... Laurent, carrier, âgé de 36 ans, entre dans le service des Chalets en février 1932. Ses troubles ont débuté après un accident en 1929 : un éboulement de carrière qui lui a fracturé le tibia. Quand sa fracture est guérie, il ne veut pas reprendre son travail : il allègue ses craintes que l'accident se renouvelle. Il essaie bien de faire autre chose, mais rapidement il se plaint de douleurs diffuses et reste à la maison. Son caractère, déjà vif, s'exagère, il devient coléreux et brutal, triste et solitaire. Pendant l'été 1931, il présente une paralysie transitoire du bras droit. Sujet d'origine italienne et ayant acquis une bonne connaissance du français, il perd peu à peu l'usage de cette langue, tout en continuant de parler correctement sa langue maternelle. En novembre, il se perd une fois dans Paris. Puis il se plaint de maux de tête, et il mange gloutonnement, n'importe quoi.

A l'examen, démence certaine, mais dont il est difficile d'évaluer le degré, vu l'oubli quasi-total du français par ce sujet. Puérilité. Approbativité. Tendance nette au pessimisme et à l'hypochondrie. Sans cesse il se plaint et se lamente. Réclame continuellement des pastilles pour aller à la selle. Tendance à interpréter : ainsi, lorsque les infirmières parlent dans la salle voisine, c'est qu'elles le gourmandent, et il s'en plaint au médecin. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. Les

pupilles réagissent à la lumière. LCR, 100 a, 35 l., Targowla, B-W et Benjoin positifs, Sa. : B-W et Hecht positifs. TA 12/7. Céphalée après ponction lombaire. L'état est stationnaire pendant un mois. Interné à Ville-Evrard, il tombe peu après dans une démence complète avec paralysie.

Père mort vers 50 ans de troubles mentaux avec paralysie.

A. et Constitution. — I. Santé délicate. Appétit faible et irrégulier. Aime la boisson et les femmes.

II. Caractère vif, mais bienveillant, sociable et affectueux.

III. Type long, T 174, Tp 88, P 65, Pi 21. Les membres sont plus longs que le tronc.

Tronc étroit, de forme rectangulaire. Evasement du thorax qui est aplati. Embonpoint faible. Peau mate. Poils rares.

Membres assez grêles, d'ossature (tp. 16) et de musculature moyenne.

Tête petite, brachy (86). Front petit et étroit. Implantation irrégulière des cheveux. Œil châtain. Cheveux bruns.

OBSERVATION LXXXIV.

Début par céphalées et ébauche d'attaque congestive. Deux années après, actes bizarres. A l'hôpital, démence incomplète, conscience de son état. Etat dépressif léger, quelques idées de persécution, tentative de fugue. Dysarthrie. Ictus atténués.

Assez bonne santé auparavant. Constitution délicate, corpulence faible.

Pas d'hérédité vésanique.

Lau... Gabrielle, âgée de 47 ans, entre aux Chalets en février 1932. Souffre de maux de tête depuis deux ans. A eu sur ces entrefaites de très graves ennuis familiaux qui ont aggravé son souci. A eu tout au début de ses troubles un brusque arrêt de la parole ; ceci ne s'est pas répété et la parole est redevenue normale jusqu'à ces dernières semaines. Récemment, bizarreries dans la conduite. Turbulence. Quelques idées de persécution. Devient taciturne, susceptible, nerveuse. Pleure souvent. Maigrit.

Dans le service, signes de démence globale incomplète. La malade garde une certaine conscience de sa maladie. Elle se rend compte de sa dysarthrie. Elle présente presque chaque jour des ébauches d'ictus progressifs qu'elle décrit très bien « Je sens, dit-elle, un engourdisse-

ment de l'un ou de l'autre bras qui se propage parfois à tout le corps ; de toute façon cela me paralyse la parole pour quelques instants, et, si je suis debout, je tombe. A la suite j'ai mal à la tête » Humeur plutôt pessimiste, surtout au début de son séjour. A eu un accès d'agitation et a cherché à s'enfuir. LCR, 40 a, 80 l., réactions positives. Sang : positif. TA 12/7. Légèrement améliorée, elle rentre chez elle.

Revue en juin 1932, ne présente plus aucun trouble, si ce n'est un certain pessimisme que l'on peut d'ailleurs rapporter à des soucis réels et qui est plutôt un signe de lucidité.

Père petit, de corpulence moyenne-forte, d'une bonne santé habituelle, décédé à 69 ans, subitement, d'une « embolie ». Mère grande et de faible corpulence, de santé délicate, morte à 75 ans. Ont eu 4 filles et 1 fils. Le fils est mort. Une des filles est assez corpulente. Les trois autres plutôt frères.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Appétit bon, mais irrégulier.

Mariée à 19 ans. Trois fausses couches et quatre enfants vivants.

II. Intelligence moyenne. bien que sans aucune culture. Caractère nerveux, surexcitable, très gai, plein d'entrain, aimant la société. Grande activité.

III. Type moyen-long, T 162, Tp 75, P 46 en moyenne, Pi 41. Membres supérieurs un peu plus courts que le tronc.

Tronc en forme de rectangle allongé, d'épaisseur moyenne. Thorax d'ampleur moyenne, Abdomen plat avec saillie médiane. Embonpoint moyen.

Membres longs et grêles, d'ossature fine (tp. 14) de muscles grêles, d'embonpoint moyen. Main longue.

Tête brachy (83). Visage allongé, rétracté-bossué, de teint mat-jaune. Cheveux châtain grisonnants. Œil marron (Cf. Pl. 16, fig. 4).

OBSERVATION LXXXV.

Début par idées de persécution et violences de paroles. Trois ans après, dysarthrie. Cinq ans après, actes absurdes, idées de persécution, idées de grandeur transitoires. A l'hôpital, démence complète. Indifférence. Gâtisme. Cachexie. Traitée par le stovarsol.

Bonne santé antérieurement. Corpulence forte, sauf depuis huit ans. Peu de renseignements sur l'hérédité.

Clo... Catherine, âgée de 48 ans, entre au pavillon Calmeil en novembre 1931. Depuis cinq ans environ, elle est exaltée et susceptible.

Elle se plaint de tout et de tous. Elle veut se venger et parle d'empoisonner tout le monde et aussi son propre fils. Très violente en paroles, mais n'agit pas. Dysarthrie depuis deux ans. Faisait mainte bêtise ces derniers temps ; quelques idées délirantes de grandeur très fugitives. Mange gloutonnement et cependant se plaint qu'on la laisse mourir de faim. Maigrir, surtout depuis 6 mois.

Dans le service, démence totale. Pas de délire. Indifférence. Gâtisme. LCR positif. TA 11,5/6.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Cependant il y a quelques années, s'est plainte de palpitations cardiaques et d'oppression. Mariée deux fois : un fils du premier mari.

II. Caractère égoïste, malveillant, très coléreux, agressif, rancunier, plutôt solitaire.

III. Type moyen, T. 166, Tp. 84, P. antérieur 72, actuel 50.

Tronc rectangulaire, évasé vers le haut. Embonpoint faible actuellement.

Membres bien développés en muscles, d'ossature fine (tp. 15,5).

Tête moyenne, brachy (82). Visage amaigri au nez saillant. Teint mat-jaune. Œil châtain. Cheveux brun-foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION LXXXVI.

Démence simple. Dysarthrie. Indifférence euphorique. Traité par chauffage diathermique. Amaigrissement. Exagération de la dysarthrie. Quelques hallucinations auditives de tonalité dépressive. Craintes, récriminations.

Bonne santé auparavant, sauf depuis une pneumonie contractée à la guerre. Corpulence moyenne.

O... Dominique, employé des postes, âgé de 47 ans, entre aux Chalets en avril 1931. Depuis un an, bizarreries du caractère, amaigrissement important, bavardage, gaieté et susceptibilité anormales.

A l'examen, signes de démence paralytique sans délire. LCR, 80 a, 37 l., B-W et Benjoin positif. Réactions du sang positives. TA 14/6.

Traité en mai par chauffage diathermique. Pas d'amélioration. En septembre amaigrissement, dysarthrie plus forte. A des hallucinations auditives qui lui font croire que sa fille est en prison, et que l'on va vendre ses meubles. Se plaint de tout et de tous. Est repris par sa famille. Revu en avril 1932. Les idées délirantes ont disparu. La démence est la même. Bon état physique.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Pneumonie pendant la guerre. Marié et père de deux enfants.

II. Bon caractère, plutôt homme de famille que de société. Doux, non coléreux ; d'une grande activité. Cependant, depuis la guerre, il était moins patient, plus triste et plus irritable.

III. Type moyen, T 165, Tp 95, P 64, Pi 16. Membres égaux au tronc.

Tronc rectangulaire avec un peu d'évasement vers le haut. Thorax vaste et d'épaisseur moyenne. Ventre large et fort, assez proéminent. Peau rosée. Poils du tronc très abondants. Embonpoint moyen.

Membres bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête forte, sous-dolicho (76). Grosse calvitie.

OBSERVATION LXXXVII.

Démence simple d'évolution lente. Quelques idées ambitieuses fugitives. Troubles du caractère. A l'hôpital, même état. Dysarthrie, démarche incertaine. Malarié sans amélioration. Coléreux, grossier et même brutal.

Bonne santé auparavant, sauf bronchite depuis trois ans. Stigmates de dégénérescence physique et mentale.

Son... Georges, orfèvre, âgé de 38 ans, entre aux Chalets en novembre 1931. Début il y a 4 ans, à la suite de chagrins familiaux. Il devient taciturne et entre dans des colères violentes. A été renvoyé de plusieurs places. Aussi depuis deux ans ne travaille-t-il plus. Il a des colères incessantes et injurie sa mère. Il perd la mémoire. Récemment, il a exprimé quelques idées ambitieuses, il se disait marchand d'autos et riche. Il ne voulait pas admettre qu'il était malade et refusait de se faire soigner. Insomnie. Amaigrissement malgré que l'appétit soit bon.

Signes de démence paralytique sans délire. LCR, 86 a, 7 l., B-W, CM et B positifs, Sa. positifs. TA 13/8.

Malarié en décembre 1931, sans amélioration, Pendant son séjour dans le service, il se montre fréquemment susceptible, grossier, menaçant si on ne le laisse pas s'en aller. Ses colères se terminent par des pleurs. Se dispute avec le garçon de service et le frappe.

Interné en janvier 1932 à Villejuif. Décédé quelques mois après.

Père de forte corpulence (100 kgr.), buveur habituel, mort à 46 ans de cancer de l'estomac (Mère morte à 76 ans de congestion cérébrale). Mère âgée de 60 ans, de faible corpulence, bronchiteuse chronique. Ont eu 3 enfants.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle, sauf depuis trois ans, il tousse beaucoup et presque sans cesse.

Marié à 23 ans, a deux enfants bien portants. Divorcé à 27 ans puis marié une seconde fois.

II. Caractère nerveux, impatient, irascible avec un fonds de douceur, actif, aimant médiocrement la société.

N'a appris qu'avec peine à l'école et n'a pas obtenu son certificat d'études ; a fait cependant un bon apprentissage jusqu'à 18 ans.

III. Type moyen, Taille 168, Tp 92, P 62, Pi 14.

Tronc de forme rectangulaire, avec cependant une tendance à l'évasement du thorax aux épaules. Thorax large, d'épaisseur moyenne. Bassin assez étroit. Ventre non proéminent. Embonpoint moyen-faible.

Membres d'ossature moyenne (tp. 16) de muscles très développés, d'embonpoint faible.

Tête sous-dolicho (78). Visage allongé, fortement asymétrique. Teint mat. Œil vert. Cheveux bruns, début de calvitie (Pl. XVI, fig. 1).

Signes de dégénérescence.

OBSERVATION LXXXVIII.

Début par maux de tête, insomnie, tristesse et susceptibilité. Idées transitoires de persécution avec illusions de la vue. Démence incomplète. Dysarthrie forte. Malarié. La démence semble se fixer : le malade reprend son travail. Euphorie indifférente.

Assez bonne santé antérieure. Petit mangeur, souffrant de brûlures gastriques. Syphilis mal traitée en 1918.

Une sœur morte en démence.

Thév... Albert, polisseur, âgé de 42 ans, entre aux Chalets en mai 1929. Début en mai 1928 par des douleurs de tête et d'estomac, de l'insomnie, de l'embarras de la parole, une modification du caractère qui devient triste, irritable, taciturne, susceptible, se fâchant d'un rien. L'embarras de la parole augmente peu à peu. Th... devient apathique, et indifférent ; il fait de plus en plus mal son travail.

Tableau clinique de démence paralytique sans délire. LCR, 65 a, 26 l., B-W et P positifs. TA 12/8.

Malarié en juin. Pas d'amélioration, sauf qu'il devient indifférent et euphorique. Cependant il peut à nouveau travailler, mais comme manœuvre. Mange beaucoup plus qu'avant sa maladie.

Père grand et corpulent, mort à 73 ans. Mère très grande et très corpulente, morte vers 50 ans d'une tumeur abdominale. On eu 14 en-

fants. Cinq vivent ; ils sont tous de bonne santé et de plus forte corpulence que notre malade ; tous ont bon cœur, mais sont coléreux. Une fille est morte à 30 ans de démence.

A. et Constitution. — I. Assez bonne santé habituelle, mais souffrait de l'estomac : était petit mangeur, difficile sur le choix des aliments et avait des brûlures gastriques. N'a pas fait la guerre parce qu'il avait des varices. Syphilis en 1918, traitée pendant deux mois.

Marié depuis 25 ans. Père de plusieurs enfants.

II. Caractère gai, bavard, aimant la société, mais se montrant à la maison difficile et boudeur, très coléreux et très autoritaire.

III. Type moyen, T 169, Tp 93, P 67 avant la maladie. P 9. Teint rouge cuivré. Cheveux grisonnants, insérés bas sur le front. Tête moyenne, brachy (80). Oreilles décollées. Front bas et peu harmonieux.

* * *

Sur la Constitution des malades atteints de cette forme dysphorique, nous avons peu à dire, car nos observations sont en trop petit nombre pour autoriser des conclusions.

Néanmoins, nous signalons que si, au point de vue morphologique, il se rencontre ici comme dans les formes euphoriques, des individus pourvus d'une forte corpulence (ainsi obs. LXXXV), par contre, les sujets de constitution différente se montrent plus fréquents.

Pour la plupart de nos malades, l'état de dysphorie n'a duré qu'un moment, et, l'affection évoluant, ils sont tombés dans une démence qui ne diffère en rien de celle qu'on observe dans les autres formes cliniques. Pour ceux-là, il est bien évident que la nécessité d'un groupement séparé, en une série spéciale de formes dysphoriques, ne s'impose guère.

Par contre, chez d'autres, notamment chez la malade de l'observation LXXXIV, la dysphorie semble à peu près proportionnée à la conscience intime que le sujet a de sa maladie ; peut-être autorise-t-elle un pronostic meilleur. La malade dont nous parlons, en tous cas, s'est beaucoup améliorée (cf. sur ce point : II^e Partie, Ch. III, Application à la P. G.).

HUITIÈME SÉRIE

Paralysie générale associée au tabes

La paralysie générale s'associe fréquemment au tabes.

Le plus souvent, elle reste l'affection principale, et les signes de l'ataxie locomotrice restent au second plan du tableau clinique.

Mais parfois, la démence et la paralysie sont peu prononcées, alors que l'intensité des manifestations tabétiques frappe l'attention. Dans ces cas, il est classique de dire que l'existence du tabes arrête l'évolution de la paralysie générale, et même est susceptible de la faire régresser. C'est là une règle qui souffre très peu d'exceptions et que nos observations confirment.

Ainsi pour les observations I et VIII qui concernent toutes deux des malades atteints de délire des grandeurs. Chez le premier, nous avons assisté à l'évolution d'un tabes amaurotique et au retour progressif de la lucidité ; actuellement le malade est presque complètement aveugle, mais il ne présente plus aucun signe de démence. Chez le second, à la suite de la malaria-thérapie, il se produit un gros phlegmon ischio-rectal. Et, quelques mois après, tandis que les idées délirantes ont complètement disparu, que le jugement est redevenu à peu près normal, il se constitue un tabes ataxique extrêmement accusé ; les choses en sont ainsi depuis trois ans.

On observe parfois l'inverse. Ainsi chez le malade de l'observation XXIII, le tabes ouvre la scène : douleurs fulgurantes et crises gastriques durant quatre années. Puis apparaissent les signes d'une paralysie générale avec délire des négations, et à ce moment les manifestations tabétiques s'effacent complètement.

Dans les observations qui composent cette huitième série — et qui n'ont été réunies sous cette rubrique que parce que, au moment de notre observation, les signes de tabes étaient au premier plan — on observe des faits analogues à ceux qui viennent d'être notés. Ainsi, la malade de l'observation XCII est tout à fait comparable au sujet de l'observation VIII. L'évolution du tabes, chez elle, a mis fin à un état de démence agitée avec délire ambitieux et érotique.

Dans nos trois autres observations, par contre, paralysie générale et tabes ont évolué de pair, mais, selon la remarque faite il y a quelques instants, la démence n'y est pas aussi profonde que d'ordinaire.

OBSERVATION LXXXIX.

(Service du D^r RODIER.)

Début par excitation générale, érotisme, idées de grandeur et idées mélancoliques. Disparition de l'excitation. Persistance de quelques idées ambitieuses. Apparition d'un tabes ataxique très accusé. Conscience relative de l'état morbide.

Corpulence moyenne.

Be... André, dessinateur, âgé de 46 ans, entre en décembre 1931, à l'asile de Ville-Evrard, dans le service du D^r Rodier. Aucun renseignement sur le début de sa maladie. Le certificat d'internement contient ce qui suit : — Troubles mentaux. Excitation psychique avec idées de grandeur, euphorie, érotisme, excitation génésique avec actes immoraux. Colères et violences. Dépenses exagérées. Vols pathologiques. Susceptibilité de réactions dangereuses vis-à-vis de son entourage, qu'il a frappé. Veut par période se jeter dans la Seine. Affaiblissement intellectuel léger. Signe d'A. Robertson. Réflexes rotuliens abolis. Réactions de type paralytique dans le LCR. —

A notre examen, en mars 1932, ce malade présente les signes d'un affaiblissement intellectuel incomplet. Ainsi, il est euphorique, bavard expansif, et énonce de nombreuses idées de grandeur. « J'ai hâte de m'en aller, mon patron m'a écrit pour me proposer de belles places... Je sais tout, je devine tout... je suis un médium ». A un autre point de la conversation, il déclare avec phlegme qu'il veut mourir. A côté de cela, il se montre capable de soutenir une conversation. Il parle aussi de sa maladie, et analyse assez justement ses troubles tabétiques ;

par contre, si on lui lit les termes de son certificat d'internement, il les discute et nie les actes dont on l'incrimine. Parfaite insouciance morale. Ainsi, il demande sa sortie, et, lorsqu'on la lui promet il dit alors qu'il n'est pas pressé, qu'il a le temps, un mois encore.

Troubles physiques nombreux. Dysarthrie forte. Rigidité des pupilles. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Signe de Romberg. La marche est irrégulière et ataxique.

Traité par le stovarsol avec une légère amélioration.

Aucun renseignement sur l'hérédité.

A. et Constitution. — I. Aurait eu la syphilis à l'âge de 21 ans et l'aurait traitée pendant 5 années.

Marié.

III. Type moyen, T 169, Tp 90. P avant la maladie 71 kgr., a maigri jusqu'à 60, puis a repris jusqu'à 66 kgr. donc Pi de 8 à 13.

Membres égaux au tronc.

Tronc de forme rectangulaire. Thorax de largeur et d'épaisseur moyennes. Ventre *idem*. Embonpoint moyen. Peau blanche. Poils châtain, abondants à la face antérieure du thorax.

Membres bien développés, d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles fermes, d'embonpoint moyen-faible.

Tête assez forte, brachy (84). Visage en forme de rectangle à angles arrondis, bien en chair, de teint rougeâtre (oreilles rouges). Œil bleu-clair. Cheveux châtain. Front vaste.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XC.

(Service du D^r VURPAS.)

Démence simple. Agitation intermittente. Humeur variable. Dysarthrie très prononcée. Tabès associé, avec crises gastriques.

Corpulence grêle.

Pas de renseignement sur l'état antérieur ni sur l'hérédité.

Desm... Louise, âgée de 42 ans, entre en octobre 1929 dans le service du D^r VURPAS. Elle y présente un état démentiel tout à fait caractérisé, sans délire, et, par, intermittence, des accès d'agitation. LCR positif.

Nous l'y examinons en juin 1931. La démence est globale, mais incomplète. Les propos sont décousus et souvent grossiers. Une certaine activité. Pas d'idées délirantes. L'humeur est variable, tantôt euphorique, tantôt mécontente. La dysarthrie est considérable,

jusqu'à rendre par moment la parole incompréhensible. Les pupilles réagissent un peu à la lumière.

Il y a, associés aux précédents, des signes de tabes. Dans l'ordre subjectif, des douleurs fulgurantes des membres inférieurs, et, périodiquement des crises gastriques avec vomissements. Dans l'ordre objectif, abolition des réflexes rotuliens et achilléens. TA 12,5/8.

Etat sans changement aucun en juillet 1932.

Constitution. — Type long, Taille 160, Tp 75, P 46, Pi 39. Membres un peu plus longs que le tronc.

Tronc de forme rectangulaire, de peu d'épaisseur. Egalité du thorax et de l'abdomen. Embonpoint moyen-faible.

Tête brachy (84). Visage court. Contraste important entre la mâchoire qui est de faible hauteur et l'étage cérébral, très élevé et très étendu (du type que nous représenterons à la 2^e Partie, fig. 7). Peau blanc-rosée. Œil et cheveux châtain.

OBSERVATION XCI.

Syphilis à l'âge de 23 ans. Paralyse faciale à 33 ans. Dix ans après celle-ci, apparition de troubles de la série tabétique et de la série paralytique. Affaiblissement intellectuel peu accusé. Fixité des signes pendant les trois années de l'observation.

Corpulence moyenne.

He... Louis, âgé de 43 ans, entre en 1928 dans le service du Dr CROUZON pour y être soumis à la Malariathérapie. Son histoire est la suivante. En 1925, il se plaignait d'être fatigué. On aurait alors fait une prise de sang et une ponction lombaire et toutes deux auraient donné un résultat positif.

En juin 1928, on constate un certain degré d'affaiblissement intellectuel, du tremblement péri-buccal et de la dysarthrie. Signe de Romberg. Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Pupilles rigides. LRC, 45 a., 4 l., B-W positif. TA 20/10.

Amélioré par le traitement, il rentre chez lui.

Revu en novembre 1929 et en juin 1931. Il se dit très bien. Déficit intellectuel peu marqué. Signes de tabes persistants. A la face, contracture de la moitié droite, remplaçant la paralysie flasque.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Paludisme aux colonies. Chancre de la lèvre en 1908. Paralyse faciale en 1918.

Marié, père d'une fille de 11 ans.

III. Type moyen-long, T 172, Tp 85, P 68, Pi 19. Embonpoint médiocre. Musculature bien développée. Peau mate. Cheveux bruns grisonnants. Œil brun.

Au visage, il faut noter la saillie des pommettes et la profondeur des orbites (modelé rétracté-bossué).

OBSERVATION XCII

Début par idées délirantes de grandeur. Rapidement démente complète, agitation extrême, gâtisme. Signes de tabes associé. Hémiplegie. Dix ans après, guérison quasi-complète des troubles psychiques, régression de l'hémiplegie. Persistance du tabes.

Corpulence moyenne-forte.

Aucun renseignement sur les antécédents.

No... Antoinette, âgée de 45 ans, entre aux Chalets en 1922. Elle présente une incohérence complète dans les idées, pleure et rit sans raison, s'égare dans la rue, dit à chacun qu'elle va devenir riche à millions.

Dans le service, on note : Etat démentiel. Incohérence complète. Idées délirantes absurdes. Déchire ses draps, ses vêtements. Gâte, souille sa chambre. Injure grossièrement et menace tous ceux qui l'approchent. Dysarthrie. Signe d'A. Robertson. Peu après, elle présente des idées érotiques. LCR, 55 a, 18 l., B-W et Benjoin positifs. Sang positif. Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Signe de Romberg.

Après traitement, l'agitation diminue. L'état mental s'améliore un peu.

En 1928, survient brusquement une hémiplegie gauche, après un ictus. L'hémiplegie ensuite régresse.

Nous l'examinons en 1932. Au point de vue mental, tous les troubles ont disparu. La malade se rend nettement compte qu'elle a été gravement atteinte. Elle raisonne bien sur la plupart des sujets. Elle montre une affectivité normale.

Au point de vue organique, l'hémiplegie a beaucoup régressé : il persiste une parésie de la jambe gauche rendant la marche difficile et à la face une assez forte asymétrie. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Les pupilles sont rigides et en myosis. La parole est facile, la dysarthrie très légère.

Constitution. — Type moyen-court, T 152, Tp 85, P 47, Pi 20. Mais par l'anamnèse, on apprend que, au début de sa maladie, le

poids était encore de 60 kgr. ce qui donnait un Pi ne dépassant pas 7 et vraisemblablement fort inférieur à ce chiffre (si l'on tient compte du Tp supérieur à 85).

* * *

La Constitution physique des malades atteints de P. G.-tabes — jugée particulièrement du point de vue morphologique — est dans l'ensemble assez différente de celle que présentent par exemple la majorité des paralytiques déments euphoriques.

Sur les quatre malades de cette série, deux ont un faible embonpoint, une structure gracile. Un troisième est de corpulence moyenne. Le quatrième malade — la femme de l'obs. XCII — fait exception. D'un assez fort embonpoint au début de sa maladie, elle a maigri progressivement, au fur et à mesure que le tabes évoluait (de 60 kgr. à 47 kgr.), et elle semble depuis plusieurs années se fixer à cette forme nouvelle. Nous avons déjà rapproché cette observation de l'observation VIII, et montré leurs parentés cliniques. Or, le malade de l'observation VIII était lui aussi d'une forte corpulence au moment de son délire des grandeurs. La malariathérapie l'a fait maigrir beaucoup, et c'est à ce moment que le tabes a évolué.

Par contre, l'évolution de la forme amaurotique du tabes ne modifie pas la structure physique de la même manière. Cette évolution s'est en effet produite chez deux de nos malades (obs. I et obs. LVII), qui ont tous deux conservé leur forte corpulence (cf. Pl. hors texte I).

De ces faits trop peu nombreux, nous ne concluerons rien pour le moment. Nous nous réservons d'en discuter l'importance à la seconde partie de cet ouvrage.

NEUVIÈME SÉRIE

Formes de paralysie générale difficiles à caractériser

Le tableau de la paralysie générale est souvent très complexe et certains cas refusent de se laisser enfermer dans les cadres tracés. Soit que la maladie se traduise par des signes trop divers (obs. XCV et XCVI), soit que manque un des symptômes fondamentaux, sans que l'on puisse toutefois porter un autre diagnostic que celui de paralysie générale (obs. XCIII et XCIV).

Pour les deux premières observations, nous aurions pu, en forçant un peu les cadres, les introduire dans les autres séries, et leur présence ici n'a pas d'intérêt spécial.

Il n'en est pas de même pour les deux dernières. L'observation XCIII concerne une femme qui a présenté le tableau d'un délire tout à fait caractéristique. Mais à aucun moment, il n'a été observé d'embarras de la parole, et d'autre part, après la malarithérapie, cette malade a complètement guéri. L'observation XCIV concerne un homme dont la démence était intermittente. Chez lui aussi, même dans les moments de délire, la dysarthrie faisait complètement défaut. Par ailleurs, par ses réactions hostiles, par ses hallucinations, ce malade mérite aussi une place à part.

OBSERVATION XCIII.

Début brusque après accouchement. Crise épileptiforme suivie d'excitation physique et mentale. Idées de grandeur fugitives. Sentiment maternel conservé. Pas de dysarthrie. Malariée. Amélioration considérable pouvant être considérée comme guérison.

Assez bonne santé auparavant. Corpulence faible.

Ca... Marie, ménagère, âgée de 34 ans, entre aux Châlets en août 1931. Son affection est récente et a débuté brusquement après un

accouchement. La gestation avait été pénible : malaises nombreux, fatigue générale ; de plus la jeune femme vivait dans la crainte d'accoucher avant terme, ayant eu déjà deux fausses couches. L'accouchement fini, au premier cri de son enfant, la parturiente se dresse sur son lit, frappe des mains, embrasse avec exubérance la sage-femme. Elle garde cette exubérance les jours suivants. Trois jours après « crise nerveuse » avec convulsions, morsure de la langue, miction involontaire, amnésie consécutive. L'excitation augmente. La malade bavarde sans arrêt, rit aux éclats, se promène un peu partout, fait des dépenses et des emprunts d'argent peu en rapport avec sa situation. Elle parle sans cesse de richesses qu'elle n'a point. Ne s'occupe plus de rien dans son intérieur, si ce n'est de son enfant.

Même état à l'hôpital : turbulence, propos incohérents. Pas de dysarthrie. Pupilles inégales, réagissant paresseusement à la lumière. LCR, 45 a, 38 l., B-W CM et Benjoin positifs. Sang positif. La malade a ressenti des malaises et de violents maux de tête après la ponction lombaire. TA 11/6.

Malariée le 15 août. Très améliorée ensuite. Reprend conscience d'elle-même. Ne tient plus de propos incohérents. Manifeste très vivement le désir de reprendre sa place à son foyer et de s'occuper de son petit. Pas de dysarthrie. Chez elle en septembre. Revue en mars 1932, en très bon état de santé.

Père grand et corpulent, mort à 51 ans d'une tumeur au poumon. Mère très corpulente (jusqu'à 90 kgr.), de bonne santé habituelle, morte à 58 ans d'une affection cardiaque. Ont eu 12 enfants dont 3 sont vivants.

A. et Constitution. — I. Assez bonne santé habituelle. Appétit moyen. Mariée, deux fausses couches de 6 et 8 mois, un enfant vivant.

II. Peu communicative, soucieuse, taciturne, préférant sa maison à la société. Très active, très nerveuse, ayant parfois de vives colères bientôt oubliées.

III. Type moyen, T 148, Tp 76, P 48, Pi 24. Membres égaux au tronc.

Tronc bien proportionné, de forme rectangulaire, de largeur moyenne, de faible épaisseur. Thorax aplati. Embonpoint faible. Peau mate.

Membres d'ossature fine (tp. 13,5) de muscles fermes, mais grêles, d'embonpoint faible. Main longue et grêle.

Tête petite, brachy (87). Visage osseux, aux pommettes saillantes. Teint mat. Œil châtain. Cheveux châtain-foncé.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XCIV.

Début par état dépressif. A l'hôpital, démence incomplète et intermittente. Conscience de la maladie. Idées hypocondriaques. Tentative sérieuse de suicide. Accès d'agitation furieuse. Quelques hallucinations auditives. Malarié sans amélioration. La démence progresse. Les accès d'agitation deviennent plus fréquents.

Bonne santé auparavant. Quelques excès alcooliques. Constitution robuste et forte corpulence.

Hérédité névropathique simple.

P... Jacques, commerçant, âgé de 46 ans, entre dans le service du Prof. GUILLAIN en janvier 1932. Depuis quelques semaines, il était sans cesse préoccupé par des soucis d'argent, dus à ce qu'il venait d'entreprendre un commerce. Il se sent fatigué, il éprouve des maux de tête. Une semaine avant son entrée à l'hôpital, il ne veut plus manger, il ne veut plus sortir, car il a honte, dit-il, de se montrer mal rasé. Il se coupe d'ailleurs à plusieurs reprises en se rasant. Insomnie. Aucune incohérence dans les idées.

Peu de temps après son entrée, il présente une agitation extrême qui oblige à le passer dans le service des Chalets.

A l'examen, l'état mental de ce malade est très particulier. *La démence est intermittente.* A certains moments le malade se rend compte de son état et s'en afflige ; il s'exprime très correctement, il écrit des lettres qui sont parfaites tant par le contenu que par le graphisme. A d'autres moments, son visage prend une expression égarée, souvent discordante ; les paroles sont incohérentes, souvent grossières, l'agitation est violente.

Dans l'ensemble la dépression domine la scène : le malade est honteux d'être à l'hôpital, il parle de son délâbrement physique, il fait une sérieuse tentative de strangulation. Il accuse sa femme de vouloir l'interner et il l'injurie grossièrement. Il a des hallucinations auditives : on l'appelle très souvent, dit-il, par son nom. Il n'a aucune dysarthrie. Les pupilles sont irrégulières, et complètement rigides. LCR positif. TA 14/7.

Malarié en janvier 1932 sans amélioration.

La fréquence et l'intensité de ses accès d'agitation nécessitent l'internement.

Père âgé de 70 ans, toujours bien portant, de petite taille, corpulent. Mère âgée de 63 ans, de bonne santé, grande et corpulente, sujette à de violentes colères. Ont eu 4 enfants dont trois vivent. Outre

le malade, deux jumeaux. L'un est toujours malade, triste et déprimé, l'autre a de violentes colères.

A. et Constitution. — I. Toujours en bonne santé. A fait il y a environ 7 ans, de grands excès de boisson.

Marié à 31 ans, un enfant mort.

II. Caractère gai, sociable, bavard. Très actif, très aimable, bon commerçant, mais entrant fréquemment dans de grandes colères qui ne duraient pas.

III. Type moyen, T 170, Tp 98, P 74 (aurait atteint 87 kgr). Pi — 2. Tronc plus long que les membres.

Tronc puissant, large et épais. Prédominance du thorax. Embonpoint moyen-fort.

Membres d'ossature moyenne (tp. 17) de muscles bien développés. Bras longs. Jambes courtes.

Tête forte sous-dolicho (77). Visage charnu, de teint blanc. Cheveux châtain, doux. Œil châtain.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XCV.

Délire mystique et mégalomaniac. Hallucinations auditives et visuelles. Désorientation. Plus tard, disparition de ces manifestations. Etat de démence simple avec dysarthrie.

Bonne santé antérieure. Forte corpulence.

Da... Marcel, fourreur, âgé de 28 ans, entre dans le service du Prof. GUILLAIN en avril 1931. Peu de temps après son entrée, il se met à délirer et présente une agitation incessante, qui nécessite son passage dans le service du Dr CROUZON.

L'agitation est continue. Elle est en partie commandée par les idées délirantes. Celles-ci sont nombreuses et sans aucun lien. Le malade se dit Dieu. Il va monter incessamment au ciel où des voix angéliques l'appellent. Il veut conserver avec lui les débris de son repas et ses excréments afin de les envoyer au ciel. De temps à autre il refuse de manger, alléguant l'injonction de ses voix. Il a par ailleurs des hallucinations visuelles très nombreuses; il voit des animaux sur le sol, des serpents en particulier; il les suit du geste et de la parole, mais il n'en paraît pas effrayé. Il est impossible d'obtenir de lui une parole sensée; il ignore la date, la nature des lieux où il est. Pas de dysarthrie. Mais rigidité pupillaire. LCR, 50 a, 72 l., Benjoin et B-W positifs.

Cet état de délire et d'agitation se poursuit. La malariathérapie, instituée en mai n'amène aucune amélioration. Le malade est placé en juillet à Villejuif, dans le service du Dr Ducosté, qui nous a autoriser à l'examiner en juin 1932. Il y a subi une inoculation intracérébrale de virus paludéen. Actuellement, l'état est bien meilleur qu'au début de 1931. La santé physique est excellente : le malade, qui, pendant sa période d'agitation avait maigri, a retrouvé son embonpoint antérieur et même le dépasse (80 kgr.). Il n'est plus agité. La dysarthrie est légère, mais nette. Le malade a conscience du lieu où il se trouve, et de sa maladie. Toutefois son intelligence donne encore les marques d'un profond affaiblissement.

Père de grande taille et de bonne corpulence, mort à 61 ans d'affection cardio-aortique. Mère de grande taille et de forte corpulence, morte à 70 ans d'un cancer digestif. Ont eu 10 enfants. Les 4 premiers sont morts en bas-âge, avec des convulsions. Cinq des autres sont bien portants, et de constitution robuste. Longévité chez les ascendants.

A. et Constitution. I.— Bonne santé habituelle.

Marié.

III. Type court-moyen, T 167, Tp, 96, P 78. Pi — 7. Membres un peu plus courts que le tronc.

Tronc massif, de forme rectangulaire. Thorax large et épais. Bassin large. Ventre proéminent. Embonpoint fort. Peau blanche, légèrement acnéique au dos.

Membres robustes, d'ossature moyenne-forte (tp. 18) de muscles bien développés, d'embonpoint moyen.

Tête brachy (85). Visage rectangulaire, bien en chair, de teint rosé. Cheveux blonds. Œil vert-bleu.

Aucune dégénérescence.

OBSERVATION XCVI.

Début par tristesse et hostilité. Rapidement démence complète. Agitation incessante. Idées délirantes de grandeur et de persécution. Refus d'aliments intermittent. Dysarthrie. Malariée et traitée par le stovarsol. sans aucun résultat.

Bonne santé auparavant. Constitution robuste.

Ger... Renée, âgée de 33 ans, entre dans le service des Chalets en avril 1931. Sa maladie remonte à 6 mois. Elle s'est marquée par

un changement profond du caractère. Elle s'enferme chez elle, ne veut voir personne, se montre triste et taciturne.

A l'hôpital, signes de démence totale et complète. Indifférence à son état. Agitation incessante. Instabilité : pleure et rit tour à tour. Propos incohérents et absurdes. Se dit riche et distribue ses millions à ceux qui l'entourent. Se plaint des persécutions qu'elle prétend subir de la part des médecins et des infirmières. De temps à autre, refuse de manger. Par ailleurs, tremblement, dysarthrie. Pupilles irrégulières et rigides. LCR, 56 a, 64 l., B-W positif. Sang : B-W positif. TA 13/8.

Malariée, puis traitée par le stovarsol. Même état. Internée en juin à Vaucluse.

Père grand et de robuste condition (musclé) tué à l'âge de 40 ans. Mère de forte corpulence, morte à 37 ans de hernie étranglée. Grand-mère maternelle morte à 93 ans. Un frère et une sœur.

A. et Constitution. — I. Bonne santé habituelle. Gros appétit. Mariée, mère d'un enfant.

II. Caractère aimable, sociable, assez coléreux, mais bon pour le fonds et généreux. Grande activité.

III. Type moyen, T 160, Tp 87, P 70 (a atteint 80 kgr. à l'âge de 22 ans). Pi 3.

Corpulence moyenne-forte. Teint mat. Cheveux noirs.

Aucune dégénérescence.

* * *

Notre commentaire sur ces quatre observations sera très court à dessein.

Les observations XCV et XCVI, bien qu'offrant un tableau clinique assez complexe, rentrent cependant dans les cadres classiques. Elles s'apparentent également aux autres et notamment aux formes mégalomaniaques par les caractères constitutionnels. Dans les deux cas, en effet, elles ont trait à des sujets de forte corpulence, de bonne santé habituelle, de caractère sociable et gai.

Les observations XCIII et XCIV sont plus particulières. Chez le sujet de l'observation CXIV, toutefois, nous n'avons rien levé dans la constitution qui le différenciât des autres. Par

contre la malade de l'observation XCIII présente un corps grêle et de faible corpulence. Son caractère, mise à part la tendance irascible, diffère beaucoup de celui que nous avons le plus souvent noté.

Parmi nos quatre sujets, cette dernière malade est jusqu'ici la seule qui ait eu une rémission assez importante pour mériter le nom de guérison. Nous nous contentons ici d'en faire la remarque, nous réservant d'y revenir plus tard.

DEUXIÈME PARTIE

INTERPRÉTATION DES FAITS

CHAPITRE PREMIER

CARACTÈRES DE LA PRÉDISPOSITION

Considérons l'ensemble de nos observations en nous attachant particulièrement à celles qui sont les plus significatives de la paralysie générale, c'est-à-dire aux formes expansives simples et mégalomaniaques, aux formes mélancoliques simples, aux formes avec délire des négations. Un certain nombre de caractères communs s'y rencontrent, et nous pouvons admettre que, s'ils ne représentent pas à proprement parler « une prédisposition à la paralysie générale », ils ne sont pas toutefois étrangers aux conditions qui favorisent le développement de cette maladie.

Nous allons grouper ces caractères selon les trois aspects du tempérament. Nous développerons ensuite ceux qui ont trait à l'hérédité.

§ 1. — ASPECT PHYSIO-PATHOLOGIQUE

Chez le plus grand nombre de nos malades, avant le début de la paralysie générale, les principales fonctions s'accomplissaient avec régularité. Souvent l'appétit était large. L'activité était abondante. Les fonctions sexuelles étaient normales ; souvent elles ont été précoces (1). La circulation était active et abondante : le cœur est vigoureux, le ventricule gauche souvent hyper-

1. Il est très difficile d'évaluer l'activité sexuelle d'un individu, d'autant qu'à l'instinct pur et simple se superpose la conduite sociale particulière qui en résulte. Les sujets de sexualité expansive, en général se marient tôt ; c'est le cas de la plupart de nos malades.

trophé (1), la tension artérielle normale ou au-dessus de la normale. Il existait une tendance nette à la congestion du visage, avec rougeur habituelle.

Il est digne de remarque que presque tous nos paralytiques généraux avaient toujours été jusqu'alors en bonne santé, et qu'ils semblaient par là fort peu en danger d'être touchés par la maladie. « Il n'a jamais vu un médecin ! » s'accordent à dire les principaux membres de la famille. A cette règle nous trouvons, semble-t-il, quelques exceptions dans les formes dépressives, où l'on voit parfois l'éclosion de la paralysie générale être précédée durant plusieurs années de troubles importants ; mais en vérité, ces troubles doivent le plus souvent être rapportés au développement lent et insidieux de la méningo-encéphalite ; celle-ci n'a pas encore jeté le masque, mais si l'on est assez favorisé pour examiner le malade à ce moment, il est bien rare qu'on ne constate pas, ébauchés, quelques-uns des signes caractéristiques (2).

Il faut remarquer encore, à l'appui de ce qui précède, que chez les individus qui seront ultérieurement paralytiques généraux, l'infection syphilitique n'a d'ordinaire, avant d'atteindre le cerveau, amené aucun trouble appréciable de la santé (3). Pas de manifestation secondaire bruyante ; période tertiaire silencieuse. Et, si certaines localisations viscérales de la syphilis passent pour coexister assez fréquemment avec la méningo-encéphalite — par exemple l'aortite — il s'agit là de lésions sans existence clinique : jamais les malades chez qui l'auscultation et la radio nous ont révélé l'affection vasculaire n'avaient présenté de troubles en rapport avec cette affection (4).

1. Payle l'avait noté fréquemment dans ses autopsies, sans que rien, disait-il, n'ait permis de le soupçonner pendant la vie. Aujourd'hui que nous possédons en la radioscopie un moyen d'investigation plus pénétrant, nous savons par contre dépister l'hypertrophie ventriculaire, même lorsqu'aucun trouble n'en signale la présence. Ainsi dans plusieurs de nos observations.

2. Certains de nos malades avaient cependant souffert d'affections broncho-pulmonaires ou d'affections diathésiques telles que : obésité, diabète, lithiase, mais ces malades sont en très petit nombre.

3. Aussi est-ce la raison pour laquelle elle est si souvent ignorée ou méconnue chez ces malades.

4. Il faut faire exception pour la localisation médullaire du virus syphilitique, le tabes, qui coexiste assez fréquemment avec la paralysie générale. Mais, comme nous le verrons, il y a un certain antagonisme entre les deux maladies (cf. Ch. III. Application à la G. P.).

Cette manière d'être est à opposer à celle qu'on observe chez les malades atteints d'autres affections mentales, notamment les névropathes et les psychopathes constitutionnels : neurasthéniques, obsédés, épileptiques, certains déments précoces. La plupart de ces derniers, en plus de leur trouble mental, présentent des troubles organiques : dyspepsie ou ulcère de l'estomac, hépatisme, insuffisance cardiaque constitutionnelle, etc..., et ils passent pour avoir ce qu'on appelle communément une santé fragile.

Il peut paraître au premier abord paradoxal que nous tenions l'absence de toute affection antérieure pour un des caractères de la prédisposition à la paralysie générale. Pourquoi ne pas voir là au contraire, disent certains, la preuve que la paralysie générale est une affection relevant uniquement de la syphilis et susceptible de frapper les sujets les plus normaux ! Nous avons déjà développé dans notre Introduction les arguments que l'on peut produire contre cette opinion. Pourquoi, durant toute une vie, cette apparente immunité vis-à-vis de la maladie, et pourquoi, brusquement, ce déclin de la santé et cette mort rapide par la paralysie générale. Comment expliquer que les sujets de santé délicate, qui sont pourtant, à peu de chose près, exposés à la syphilis tout autant que les autres, ne soient que rarement atteints par la méningo-encéphalite

Il est impossible de sortir de ce dilemme. Ou bien la syphilis est seule en cause et produit la paralysie générale chez tous les malades non traités. Ou bien il y a des facteurs individuels qui favorisent son action, et nous devons nous efforcer de les découvrir par une étude très complète des fonctions à l'état de santé et à l'état morbide. On ne trouvera pas inutile la discussion que nous soulevons dans ces pages si l'on songe combien de difficiles problèmes pose à elle seule cette notion de l'origine syphilitique de la paralysie générale. Que cette grave complication survienne de préférence chez des individus que leur syphilis n'a pas rendu malades, dont les manifestations primaires et secondaires ont été si discrètes qu'elles ont pu passer inaperçues, et à une date si éloignée du début de l'infection que le virus semble devoir être

épuisé, n'y a-t-il pas là de quoi nous étonner ! Et, lorsqu'on voit que l'immunité contre une infection ne s'acquiert d'ordinaire qu'au prix d'une défense douloureuse de l'organisme, n'est-il pas légitime de penser qu'ici, la santé ne s'est maintenue en apparence parfaite que parce qu'il n'y a eu aucune lutte contre l'agent microbien, autrement dit et selon l'opinion qu'exprime SÉZARY, parce que l'immunité ne s'est pas établie.

Nous ne pouvons qu'effleurer ici ce point de pratique et de doctrine. Que la paralysie générale soit une affection des sujets *bien portants*, que les sujets atteints d'affection chronique n'en soient presque jamais atteints, c'est là un fait qui résulte nettement de nos observations. Quant à l'interprétation de ce fait, nous tenterons de la donner plus loin, mais pour cela, nous aurons besoin d'introduire des considérations très particulières sur la santé et sur la maladie, lesquelles ne peuvent trouver place dans ce chapitre.

§ 2. — ASPECT PSYCHOLOGIQUE

Nos observations sur les caractères psychologiques des futurs paralytiques généraux confirment dans l'ensemble les idées de BAYLE, LUNIER et quelques autres.

Dans l'ordre de l'intelligence, nous avons rencontré toutes les valeurs moyennes. Rarement avons-nous observé la paralysie générale chez des débiles mentaux. La plupart de nos malades avaient obtenu le certificat d'études ou tout au moins possédaient les connaissances qui correspondent à ce diplôme. Ils réussissaient dans la profession qu'ils s'étaient choisie, sans montrer à aucun degré cette instabilité si particulière à certains psychopathes. Certains même avaient fait montre d'une activité remarquable et s'étaient élevés par leurs efforts au-dessus de leur condition première. Bien peu avaient des aptitudes inférieures à leur tâche et c'est très rarement par conséquent que l'on pouvait invoquer le surmenage intellectuel à titre de facteur ayant favorisé la maladie. Par contre, il semble bien que l'opi-

nion exprimée par DOUTREBENTE, puis par RÉGIS, soit manifestement exagérée (cf. Historique). Loin d'être des hommes supérieurs aux autres, les futurs paralytiques sont souvent, dans leur famille, les moins heureusement doués. Il n'y a donc rien de particulier à retenir de ce côté.

Dans l'ordre du caractère, le sujet, avant sa maladie, était souvent un homme sociable, jovial et bon, bien adapté au milieu où il vivait. Si nous utilisons pour le dépeindre l'opposition établie par les auteurs allemands entre le type de caractère « syn-tone » et le type de caractère « schizoïde », nous sommes amenés à dire que les paralytiques généraux sont rarement des schizoïdes (1). Toutefois il est un trait de leur caractère sur lequel plusieurs auteurs ont insisté déjà et que nous avons fréquemment retrouvé. C'est l'*irascibilité*. Ce signe est souvent donné comme marquant le début de la maladie. Mais, si la lésion cérébrale en favorise la manifestation, elle ne le crée pas selon nous de toutes pièces ; au témoignage de ses familiers, le malade était déjà auparavant un irascible, et la paralysie générale n'a fait qu'exagérer là une tendance naturelle, comme le soutenait MOREAU de Tours. La propension à la colère « rouge » n'est d'ailleurs pour nous qu'un des éléments d'une disposition générale à l'*impulsivité* : tendance à suivre ses premiers mouvements, tendance à commettre des excès de toutes sortes, excès bachiques, excès vénériens.

Du point de vue psycho-pathologique, même immunité que dans l'ordre de la santé physique. Il est tout à fait exceptionnel qu'avant d'être atteint de paralysie générale, un individu ait présenté, soit des troubles mentaux, soit une déficience psychique le faisant ranger dans le groupe des débiles. C'était déjà l'opinion de BAYLE, et celui-ci, parlant des accès d'aliénation que l'on retrouve dans le passé des malades, dit dans son Traité :

« Trois malades seulement avaient été aliénés, quand ils furent atteints de méningite chronique ; il est même douteux si les

1. Ces dispositions affectives impriment à l'activité intellectuelle une orientation particulière (cf. Kretschmer). C'est ainsi que la bonne adaptation affective à la vie sociale, accompagnée d'ordinaire une intelligence pratique et réalisatrice (métiers de commerçants par exemple).

« premiers accès de délire n'avaient pas été occasionnés par la « même maladie, d'où l'on voit qu'on ne peut compter cette « cause au nombre de ses prédispositions. »

Sur soixante-dix observations environ dont les antécédents nous sont bien connus, nous n'en possédons qu'une où le malade, antérieurement à sa paralysie générale, ait été soigné pour des troubles mentaux. C'est l'observation XXVII. On y relève que le sujet, ayant au cours de la guerre été enterré vif par un éboulement, fut à la suite de cet accident interné pendant 6 mois. Il faut ici remarquer la forme bien particulière sous laquelle se présente la paralysie générale chez ce malade, et qui simule à s'y méprendre une démence précoce catatonique.

Par ailleurs, quelques-uns de nos malades présentent des anomalies du caractère très importantes : ainsi chez D. (obs. XV) et chez Pr. (obs. XIX) une sorte de forme atténuée de la folie morale. Mais la rareté de cette éventualité, et surtout l'indépendance presque complète qui semble exister dans ces cas entre les perversions du caractère et l'évolution de la méningo-encéphalite (1) nous autorisent à penser qu'il s'agit là d'une simple coïncidence, et non d'une relation de cause à effet.

Réciproquement, l'opinion des aliénistes est à peu près unanime à déclarer que les sujets atteints d'une névrose ou d'une vésanie ne versent jamais dans la paralysie générale. DOUTREBENTE, nous l'avons vu dans notre Historique, disait que « une espèce d'immunité semble accordée à la folie contre les éventualités d'une paralysie générale future (2) ».

1. En effet la forme sous laquelle la P. G. s'est présentée chez ces deux malades n'affecte aucun rapport avec leur perversion morale antérieure. Chez l'un c'est une P. G. mégalomanique et euphorique, chez l'autre, une forme dépressive. Par contre, il existe des relations étroites entre la tare morale de ces sujets et la fréquence des vésanies dans leur parenté.

2. On pourrait être tenté de rapporter ce fait à la présence ou à l'absence de syphilis. Mais les auteurs sont très divisés sur la question de la fréquence de la syphilis chez les aliénés. Pour les uns, cette fréquence est très grande, pour les autres elle est à peu près nulle. Faute d'une information plus précise, on ne peut donc rien conclure.

§ 3. — ASPECT MORPHOLOGIQUE

Des types morphologiques très divers s'observent chez les paralytiques généraux. Cependant, lorsqu'on s'efforce de faire abstraction des modifications qu'apporte dans les formes extérieures la maladie à ses débuts, et lorsqu'on groupe les cas en séries comme nous l'avons fait, on constate quelque unité dans cette diversité. Certains types sont fréquents, d'autres sont rares.

Le plus grand nombre de nos malades appartiennent à un type architectural moyen ou court, ou à un type intermédiaire à ces deux-là. Leur ossature est moyenne (les valeurs fortes, supérieures à 18 cm. et les valeurs faibles, inférieures à 15 cm., pour le tour de poignet, sont rares).

Les membres ne sont pas très longs. Leur musculature est bien développée. Elle s'enveloppe d'un pannicule adipeux de bonne épaisseur, qui en atténue le relief. L'on n'observe pas ici ces saillies musculaires très accusées qui sont l'apanage de certains types de constitution.

Le tronc est d'une construction harmonieuse. De face, son contour dessine en général un rectangle, où l'abdomen et le thorax se font équilibre. Souvent les épaules l'emportent un peu en largeur sur le bassin, mais ce dernier, toutefois, n'a jamais l'étroitesse que nous pouvons observer chez d'autres types humains (cf. plus loin Tempéraments). L'angle xiphoïdien est large. De profil, le tronc est épais ; la ligne du dos est régulière, sans saillie ni cambrure trop accusées ; la ligne avant est fréquemment soulevée par la proéminence de l'abdomen.

La carnation est claire, peau blanche ou blanc rosé ; poils châtons.

Les tissus dans l'ensemble, sont « bien en chair », d'une texture ni molle ni dure, mais souple.

La tête est de proportions régulières. Le crâne est globuleux, plutôt court ; la brachycéphalie est constante (1). Les cheveux

1. Dans la population française, la brachycéphalie se rencontre chez 70 % au moins des individus ; elle est donc très fréquente, mais sans atteindre toutefois la proportion écrasante qui s'observe dans la P. G.

sont châtains, doux et fins. La calvitie est chez l'homme très fréquente : c'est une belle calvitie, qui débute d'ordinaire par le sommet du crâne et, de là, s'étend tout alentour, dénudant régulièrement le centre du cuir chevelu, depuis la partie haute de l'occiput jusqu'au front, qu'elle « dégage ».

Le contour du visage, de face, a la forme d'un rectangle plutôt court, à angles arrondis. Il est plein, « bien en chair » et l'embonpoint y dissimule toute saillie. Il est exceptionnel de rencontrer chez nos malades de ces visages « osseux » qui sont par contre si fréquents chez les schizophrènes et les épileptiques. Le profil est orthognathe et régulier. Le teint est souvent rouge.

Les dysharmonies du corps, les asymétries de la face sont rares, et en tous cas peu accusées.

Comparons cette description à celle de nos devanciers.

BAYLE écrit dans son *Traité* :

« La plupart des malades atteints de méningite chronique que « j'ai été à portée d'observer étaient doués d'un tempérament « sanguin, marqué par la coloration de la peau, la rougeur de la « face, des battements du cœur très énergiques et le système « veineux extérieur très saillant. Leur constitution était forte, « robuste, athlétique et souvent replète. Leurs muscles étaient en « général très dessinés. Plusieurs avaient un embonpoint gras- « seux très considérable (p. 404). »

Et LUNIER, dont nous avons cité l'opinion dans notre *Histoire*, caractérise ce même tempérament sanguin par : « un état « de pléthore plus ou moins prononcé, un certain embonpoint, « une poitrine large et saillante, un cou très court, une tête « volumineuse, un teint habituellement coloré, un cœur gros, « un poulx large et fort... »

La description de ces auteurs est incomplète, mais on peut aisément l'achever en se reportant aux dictionnaires médicaux de l'époque, qui consacraient de longues colonnes au Tempérament. Le rapprochement s'impose alors de cette description avec celle que nous donnons.

Beaucoup plus tard, R. MIGNOT signale la haute stature, le

poids élevé et la brachycéphalie habituelle des paralytiques généraux, mais sans conduire plus loin ses investigations (1).

Nouvelles descriptions avec Richard STERN en 1912. Cet auteur constate (cf. Histotique) que la constitution dénommée *asthénique* par STILLER est rare chez le paralytique général, mais qu'on observe chez lui par contre avec une grande fréquence une « stature adipeuse et musculo-adipeuse ». Nous ne pouvons savoir si STERN a connu l'œuvre de BAYLE, mais il est digne de remarque que, pour caractériser la morphologie de ses malades, il emploie à peu près les mêmes termes que celui-ci (constitution forte, athlétique, robuste et souvent replète).

Dix ans après, KRETSCHMER développe la notion d'habitus asthénique, et décrit l'habitus athlétique, l'habitus piknique et les habitus displasiques. Il recherche la prédisposition de chacun de ces types morphologiques aux affections mentales. Les études de ce médecin portent la marque d'une profonde originalité et, dans l'ensemble, les résultats qu'il apporte nous paraissent exacts. Il importe toutefois de rendre à chacun la part qui lui revient, et l'on ne saurait décemment prétendre que, dans cette branche de la Médecine, KRETSCHMER ait tout inventé. Sous des noms quelque peu différents, les types du psychiatre allemand étaient connus bien avant qu'il n'en ait fait l'étude. Même, les rapports de ces types avec la prédisposition à certaines affections mentales avaient été pressentis (2). Dans l'ordre des choses qui nous occupent ici, on ne peut qu'être frappé des similitudes entre le type piknique ou piknique-athlétique de KRETSCHMER et le tempérament sanguin évoqué par BAYLE, LUNIER et d'autres avec eux.

Les résultats des chercheurs qui, se servant des schèmes de

1. R. MIGNOT, Note sur le développement physique des P. G. (*Revue de Médecine*, 10 mars 1909).

2. Ainsi ceux du tempérament Sanguin et de la Manie. On trouve dans l'article Manie du Dictionnaire des Sciences médicales (1818), sous la signature d'Esquirol, ce qui suit : « Le tempérament sanguin, le tempérament nerveux, une constitution pléthorique, forte et robuste, prédisposant à la manie.. » Et, dans le Dictionnaire des Sciences médicales de 1820, à l'article Tempérament Sanguin, Chamberet écrit : « Le délire, l'apoplexie, la manie sont souvent le triste apanage de ce tempérament ».

KRETSCHMER, ont étudié la constitution des paralytiques, semblent toutefois d'une interprétation plus difficile que ceux de BAYLE. Aucun d'entre eux n'obtient pour le type piknique ou piknique-athlétique dans la paralysie générale, la proportion surprenante que donne ce dernier lorsqu'il dit avoir observé 79 fois le tempérament sanguin sur 87 cas. C'est que, nous l'avons vu, la paralysie générale ne se cantonne plus à la démence avec délire des grandeurs ; elle englobe aujourd'hui des formes cliniques très différentes. Si l'on rapproche des observations de BAYLE toutes celles dont le tableau clinique leur est comparable, et seulement celles-là, on obtient les mêmes résultats que cet auteur. Ainsi, si nous réunissons toutes les observations de la 1^{re} et de la 6^e séries, nous y trouvons le tempérament sanguin dans 75 % des cas environ. Par contre, dans les autres séries, le type constitutionnel est souvent différent ; il l'est surtout, comme nous l'avons vu, dans les formes catatoniques de la paralysie générale, et nous dirons, au chapitre suivant, ce qu'il faut penser de ces différences.

§ 4. — HÉRÉDITÉ

Dans toutes nos observations, nous avons recueilli de nombreux renseignements concernant la santé physique et morale, la longévité, l'habitus corporel des parents du malade. Nos résultats appuient dans l'ensemble les statistiques établies par BALL et RÉGIS.

Premièrement, il est remarquable de constater que les parents des paralytiques généraux, sauf quelques exceptions, ont vécu longtemps ; dans nos notes, les décès survenus à l'âge de 70, de 80 ans, ne sont pas chose rare. Nous avons observé aussi que le paralytique est souvent issu d'une nombreuse famille, et ce fait contraste nettement avec la médiocrité de sa propre descendance.

En second lieu, et cette remarque découle en partie de la précédente, les parents de nos malades jouissaient pour la plupart à leur âge mûr d'une très bonne santé. Ils n'étaient guère sujets à des incommodités, ni à ces affections qui déburent dans

l'enfance ou l'adolescence, et prolongent leur cours sur tout ou partie de l'existence.

Ceux qui ne sont pas morts de vieillesse ont été atteints d'*affections de la cinquantaine*, qui les ont frappés soudainement en pleine activité, et les ont conduits à la mort en quelques années. Parmi les plus fréquentes, il faut ranger le cancer, les cardiopathies, l'apoplexie, les affections pulmonaires, la mort subite.

Quatorze fois, nous avons relevé la mort par néoplasme. Dans 8 cas, le cancer était localisé à l'appareil gastro-intestinal ; dans 1 cas, à la langue, dans 3 cas à l'utérus, dans 1 cas au poumon. A cette liste, il faut ajouter 3 cas de fibrome utérin (la mort est survenue à des âges variables entre 46 et 75 ans).

Les affections cardiaques ont été observées 11 fois (chez des sujets entre 57 et 80 ans).

L'apoplexie a produit la mort chez 9 sujets (entre 55 et 78 ans).

La mort subite en a emporté 4 (entre 57 et 69 ans).

Les affections broncho-pulmonaires comprennent des cas étiquetés « chaud et froid » (au nombre de 6) et des cas étiquetés Phtisie (3). Nous les avons relevées aussi avec une certaine fréquence chez les frères et sœurs des paralytiques généraux : quatre cas de décès par « chaud et froid », dont trois dans la même famille (à 17, 18 et 20 ans, famille de l'obs. II), et onze par phtisie, dont quatre dans la même famille (à 17, 20, 28 et 32 ans, famille de l'obs. X). La plupart de ces observations concernent vraisemblablement des cas de Phtisie à évolution rapide, se produisant chez des sujets jusque-là bien portants, de forte corpulence et dans des familles non entachées de tuberculose.

Les affections rénales, désignées par les familles sous l'étiquette « Albuminurie et urémie » ont été rencontrées 4 fois.

Il a été observé aussi 2 cas d'infection mortelle : un de furonculose (57 ans), un de phlegmon de la cuisse (60 ans), dont la gravité était imputable au diabète. Cette étiologie était certaine dans un cas, infiniment probable dans l'autre.

Les affections nerveuses ne sont pas très fréquentes. Le père d'un malade avait de la paralysie agitante ; l'oncle d'un autre de l'ataxie locomotrice. Dans deux familles, on a observé des convulsions dans le bas âge : atteignant quatre frères et sœurs du malade de l'observation XCV, et huit oncles et tantes du malade de l'observation XIX (ceux-ci décédés du fait de ces convulsions).

La cécité a été observée 5 fois, dont trois dans la même famille (obs. LVI). Les deux autres concernent la mère du malade de l'observation V et celle du malade de l'observation XLVI. Nous sommes dans ces deux cas bien renseignés sur l'habitus morphologique : il était caractérisé par un fort embonpoint grasseux ; et, n'étant l'insuffisance du nombre de nos observations, nous serions tentés de les rapprocher de celles que STIEF a faites sur la constitution des malades atteints de tabes amaurotique (cf. Historique).

Enfin, il nous paraît important de mentionner la fréquence de l'alcoolisme des parents. Pour un bon quart de nos malades, on retrouvait dans la parenté cette intoxication à un degré très prononcé. Si, chez quelques-uns (par ex. les obs. XIX, XXVI et XXVII), la tare avait produit une dégénérescence appréciable, chez la plupart, elle ne se marquait par aucun caractère particulier.

Dans la parenté des paralytiques généraux s'observe fréquemment le type morphologique que nous avons décrit chez les malades eux-mêmes. Dans certaines familles, tous les sujets sont de forte corpulence et de teint haut en couleur. Il nous a même été donné de relever ce type nettement caractérisé chez les père, mère, frère ou sœur du malade, alors qu'il était peu prononcé chez le sujet soumis à notre observation.

En ce qui concerne les affections mentales, nos observations confirment celles de DOUTREBENTE, de LUNIER, de BALL et RÉGIS. Les états vésaniques sont rares. Par contre, on observe assez fréquemment les états démentiels et les états mélancoliques. Sur 67 observations où les antécédents nous sont bien connus,

19 comprenaient des troubles mentaux chez les parents ; la proportion est de 1 sur 4 (1).

Dans ces 19 familles, les cas de folie se répartissent de la façon suivante :

12 cas de démence :

5 cas de démence sénile ;

3 cas de démence alcoolique ;

4 cas de démence paralytique.

4 cas de mélancolie :

2 accès dépressifs passagers ;

2 morts suicides.

Restent 6 cas douteux. Parmi eux, il en est un qu'il faut sans doute rapporter à la démence sénile. Quatre autres concernent des femmes mortes entre 30 et 35 ans des suites d'un état d'aliénation. Il nous est impossible de décider quelle était l'affection en cause. Le sixième cas est celui d'une femme internée vers la soixantaine pour des « visions ». Il est intéressant de remarquer que les familles des deux paralytiques généraux dont nous avons mentionné plus haut les tares morales (obs. XV et XIX) fournissent à elles seules quatre de ces six cas.

L'hérédité psychopathique des paralytiques généraux semble donc bien particulière. Tout d'abord il est rare d'observer dans la parenté de nos malades plusieurs cas de folie ; les seules exceptions à cette règle concernent les deux malades dont nous venons de rappeler les tares. En second lieu, les vésanies sont rares dans ces familles. On y observe surtout des états démentiels survenant à l'âge adulte ou dans la vieillesse, et les états mélancoliques pouvant conduire au suicide.

1. Nous avons compté comme sûrs les cas douteux ; nous croyons cette manière de faire légitime, car la réticence de nombreux sujets quand on les interroge sur les tares de leur famille conduit souvent à sous-estimer l'importance de ces tares.

CHAPITRE II

MODE D'AGIR DE LA PRÉDISPOSITION

Au chapitre précédent, nous avons considéré *grosso modo* les attributs fonctionnels et morphologiques des sujets atteints de paralysie générale. Nous avons examiné aussi les tares dont ils sont susceptibles d'hériter.

MODE D'AGIR DE LA PRÉDISPOSITION INDIVIDUELLE

Reprenons tout d'abord l'étude des attributs fonctionnels et morphologiques. Ils sont, nous l'avons vu, assez spéciaux pour qu'on puisse les tenir comme caractéristiques d'un type de tempérament. Sommes-nous fondés à considérer ce tempérament comme prédisposant à la paralysie générale ?

Oui, répondrons-nous, mais à deux conditions ! La première est que ce type de tempérament soit moins fréquemment rencontré dans la population des bien portants que chez nos malades.

La seconde est qu'il ne soit pas observé chez les syphilitiques simples aussi souvent que chez ceux dont la maladie s'est compliquée de méningo-encéphalite.

Ces conditions sont remplies. Pour la première, nous le montrerons un peu plus loin, en faisant l'étude générale des tempéraments (ch. III). Pour la seconde, nous l'avons vérifiée en

examinant — particulièrement au point de vue morphologique — une centaine de sujets atteints d'une syphilis en pleine évolution : les types morphologiques les plus divers se rencontrent parmi ces sujets avec une fréquence à peu près égale.

Ceci étant établi, il importe de rechercher de quelle manière ce type de constitution — défini comme nous l'avons fait au chapitre précédent — est susceptible de prédisposer à la paralysie générale.

Ce problème serait aisément résolu si le type décrit était le seul qu'on observât. Mais, par le compte rendu de nos observations (et c'est ici le lieu d'examiner ce point avec plus de détail), nous savons qu'il n'en est pas ainsi, et qu'un certain nombre de malades ne présentent pas ce type. Nous savons aussi que ces exceptions, rares dans les cas de paralysie générale avec délire des grandeurs, dans la forme maniaco-dépressive, et dans la forme démentielle euphorique, se montrent par contre beaucoup plus fréquentes dans certaines formes atypiques, tout particulièrement dans les formes catatoniques.

Devant cette constatation, ne faut-il pas penser que le tempérament individuel ne joue aucun rôle dans la production de la paralysie générale, mais que son influence se borne à introduire dans le tableau clinique de cette affection des modalités particulières ! C'est l'attitude qu'ont adoptée certains auteurs, et spécialement GRÜNDLER, dont nous avons signalé l'enquête dans notre Historique. Nous nous bornons ici à rappeler les deux conclusions qu'il tire de cette enquête.

La première est que la constitution physique des paralytiques généraux (analysée morphologiquement) détermine le tableau clinique sous lequel se présente l'affection.

Selon la seconde, cette même constitution n'est pour rien dans la prédisposition à la paralysie générale.

Sur le premier point, nous sommes tout à fait d'accord avec cet auteur. Les chiffres que nous avons obtenus se rapprochent à certains égards des siens. Chez 16 malades offrant une constitution piknique, il observe en effet 13 fois une paralysie de forme

maniaco-dépressive, 1 fois la démence simple, et 2 fois une forme schizophrénique. Or, chez les 19 malades qui constituent nos deux premières séries, une forte corpulence est de règle (17 fois), tandis qu'elle est rarement rencontrée chez les malades de notre 4^e série.

Certains de nos résultats s'écartent beaucoup plus de ceux de cet auteur. C'est ainsi qu'il ne trouve que très rarement la constitution piknique chez les déments paralytiques simples, alors que, selon nous, elle y est très fréquemment rencontrée (au moins 25 fois sur 40).

Les statistiques de la plupart des auteurs appuient la manière de voir qui précède, et conduisent, comme celle de GRÜNDLER, à attribuer un rôle important à la constitution individuelle dans le déterminisme du tableau clinique.

Ainsi un auteur italien que nous avons déjà cité, GOZZANO MARIO, trouve chez 59 paralytiques généraux des deux sexes (45 hommes et 14 femmes) les pourcentages suivants :

- 33 % de formes expansives ;
- 12 % de formes dépressives ;
- 17 % de formes démentielles simples ;
- 7 % de formes schizophréniques ;
- 12 % de formes gravement démentes ;
- 18 % de formes mixtes non caractérisables.

Au point de vue de la constitution, ces cas se répartissent comme il suit. Dans les formes dépressives et expansives, prédominance absolue du type piknique. Dans les formes schizophréniques et chez les deux tiers des formes démentielles, par contre, prédominance des types leptosome et displasiques.

Si nous nous reportons cent ans en arrière et si nous interrogeons sur ce point les premiers historiens de la paralysie générale, il semble qu'il y ait entre eux et les auteurs modernes des divergences de vue importantes. C'est ainsi, nous l'avons vu, que BAYLE trouve sur 87 cas de paralysie générale, 79 fois le tempérament sanguin, lequel est un proche parent du type piknique (cf. Chapitre précédent). Mais ces divergences s'expliquent très simplement si l'on veut bien considérer, comme nous l'avons dit,

que BAYLE ne connaissait guère de la paralysie générale que ses formes expansives mégalomaniaques. Or, dans ces formes, GRÜNDLER, GOZZANO MARIO et nous-mêmes obtenons des pourcentages très voisins du précédent.

Mais BAYLE, bien qu'il connût surtout la paralysie avec délire des grandeurs, avait été amené à observer aussi d'autres tableaux cliniques. Il est fort intéressant de remarquer que, dans ces cas, la constitution physique des malades était différente. Ainsi, nous avons relevé dans le magistral *Traité* de cet auteur une observation à cet égard fort suggestive et qui mérite d'être rapportée en détail. Cette observation se trouve à la page 203 du *Traité*. Elle concerne un malade de 41 ans, dont l'affection débute selon le mode dépressif : crainte d'être ruiné, crainte d'être arrêté. Hallucinations auditives conséquentes aux craintes. Bientôt ces idées sont remplacées par d'autres, de thème ambiteux. Peu après, deux attaques congestives à quatre jours d'intervalle. Une agitation extrême leur fait suite. Le malade frappe son entourage. Il se plaint d'une céphalée très vive. Il est transporté à Charenton. Là, tantôt il se montre agité et gesticule sans arrêt, tantôt il reste taciturne et se tient immobile dans un coin de la salle. Ses idées sont incohérentes. Il se plaint d'avoir des pistolets dans la tête et il fait toucher les bosses où il sent les extrémités des pistolets. Refus des aliments. Constipation. Le mois suivant, l'état s'aggrave. Le malade reste debout dans un coin, la face tournée contre le mur. Il refuse les aliments et ses refus finissent par être d'une opiniâtreté extrême. Il reste ainsi huit jours sans boire ni manger. Il meurt bientôt dans un état d'amaigrissement considérable. Ce malade, ajoute BAYLE « était « d'une constitution délicate, il avait été sujet dans le cours de « sa vie à des incommodités très variées ».

Un autre malade (p. 260) avait présenté un état analogue. BAYLE note chez lui un tempérament nerveux (cf. plus loin Ch. III).

D'une manière analogue, LUNIER distinguait parmi les individus prédisposés à la paralysie générale deux catégories. A la première — qui englobait le plus grand nombre des sujets — il

reconnaissait les attributs du tempérament sanguin. La seconde, beaucoup moins nombreuse, était formée d'individus qui « ont « un corps grêle, sec, nerveux, à veines saillantes, à teint pâle, « mais se colorant à chaque instant sous l'influence de la moindre « émotion » (cf. Historique). Toutefois cet auteur ne précise pas — tout au moins dans le texte que nous avons eu sous les yeux — la forme clinique sous laquelle se sont présentés les malades de l'une et de l'autre catégories.

La plupart des observations nous conduisent donc à accepter la première conclusion que GRÜNDLER tire de son enquête. Mais s'ensuit-il, comme cet auteur l'affirme, que la constitution physique ne prédispose aucunement à la localisation méningo-encéphalique du virus syphilitique. Pour notre part, nous n'admettons pas cette deuxième conclusion. Nous pensons au contraire que les caractères relevés par nous avec une particulière fréquence autorisent à parler du rôle favorisant de la constitution individuelle. L'opinion de GRÜNDLER, croyons-nous, est le résultat de l'interprétation juste d'une statistique qui ne répond pas à la répartition habituelle des cas. Cet auteur trouve en effet sur 80 paralytiques généraux, en répartissant ses documents selon la manière allemande :

- 13 cas de forme maniaco-dépressive ;
- 46 cas de forme schizophrénique ;
- 18 cas de forme démentielle ;
- 2 cas de forme mixte.

Parmi ces malades, il observe 16 fois la constitution piknique, et 63 fois les constitutions asthénique, athlétique et displasique. C'est là, ajoute-t-il, la proportion que l'on observe dans la population des bien portants, ou des malades atteints d'une autre affection que la paralysie générale (20 % pour le type piknique, 70 % pour les autres groupes), et il en tire logiquement la conclusion que nous avons énoncée.

Mais, même en faisant la part de la tendance allemande à placer sous l'étiquette « forme schizophrénique » tout ce qui n'est pas forme démentielle simple ou maniaco-dépressive, nous som-

mes surpris des pourcentages de GRÜNDLER. Selon nos propres observations, ce sont les formes démentielles simples euphoriques qui sont les plus fréquentes (38 cas sur 96). Au second rang se placent le délire des grandeurs et la forme catatonique, qui comptent chacun 15 cas. Les autres formes sont plus rares ; réunies, elles totalisent 28 cas. Ce tableau reproduit à peu de chose près les statistiques des auteurs français qui se sont occupés de cette question.

Certains auteurs étrangers publient des pourcentages analogues. Ainsi GOZZANO MARIO, que nous avons cité un peu plus haut, obtient :

- 45 % de formes maniaco-dépressives ;
- 29 % de formes démentielles ;
- 7 % de formes schizophréniques ;
- 18 % de formes non caractérisables.

Pour ce qui est de FRIEDMAN (cf. Historique) nous ne sommes pas renseignés sur la répartition de ses observations selon leur forme clinique, mais nous savons qu'il trouve dans 50, 9 % des cas une constitution mixte piknique-athlétique, dans 28, 3 % la constitution piknique, dans 15 % une constitution asthénique-athlétique, et dans 5, 6 % la constitution asthénique. Ses observations se rapprochent donc beaucoup des nôtres.

Ainsi donc, dans la mesure exacte où la paralysie générale tend à se présenter sous la forme expansive simple ou délirante, elle se produit à la faveur de conditions favorisantes qui ont leur source dans un tempérament particulier, celui que les Anciens avaient décrit sous le nom de Sanguin et que les auteurs modernes ont baptisé piknique ou piknique-athlétique. Lorsque cette affection s'observe chez des individus de tempérament différent, elle prend un type particulier qui, souvent, simule la démence précoce ; la paralysie générale est alors moins nettement caractérisée, et peut-être s'agit-il d'une forme morbide qui ne rentre qu'en partie dans le cadre de la maladie de BAYLE.

MODE D'AGIR DE LA PRÉDISPOSITION HÉRÉDITAIRE

Dans le présent chapitre, nous avons jusqu'ici réservé l'étude des facteurs de prédisposition qui tiennent à l'hérédité. Si nous avons agi ainsi, si nous n'avons pas réuni cette étude à celle qui précède, c'est que, *a priori*, rien ne prouve qu'il soit légitime de confondre cette prédisposition héréditaire avec celle qui résulte de la constitution individuelle (1).

Examinons donc maintenant comment les tares héréditaires agissent pour favoriser la paralysie générale. Nous nous trouvons en présence du même dilemme que tout à l'heure. L'hérédité prédispose-t-elle à la méningo-encéphalite ou est-elle seulement responsable des particularités cliniques que cette affection réalise dans les divers cas ?

Un certain nombre d'auteurs ont pris parti pour cette seconde opinion ; nous avons déjà examiné en détail leur doctrine dans notre Historique. Chez MAGNAN, elle se formule très simplement. Pour lui, il y a dans la paralysie générale deux éléments : l'un est la démence, l'autre la folie, le délire. Si, dans la parenté du malade, il n'y a point de cas de folie, la démence paralytique sera pure de tout délire, et inversement, toute forme de paralysie générale qui comporte un autre élément que l'affaiblissement complet de toutes les fonctions indique l'existence d'une tare héréditaire. Et, ajoute MAGNAN, on peut dire que le sujet affecté de cette forme « serait probablement devenu délirant alors même qu'il ne serait point devenu paralytique ». Après MAGNAN, quelques auteurs français soutiennent une opinion analogue. Ainsi SAUTON en 1883, GAGNEROT en 1893, FILLASSIER en 1910 (cf. Historique). Enfin cette doctrine prend chez l'allemand Erich

1. Nous verrons *a posteriori* que cette fusion est légitime et que, très souvent, les affections des parents de p. g. sont liées à ce même tempérament qui favorise la production de la méningo-encéphalite (cf. Ch. III).

SCHNEIDER une forme plus détaillée et plus précise. Il affirme que les malades qui présentent une forme hallucinatoire de paralysie générale ont des alcooliques dans leur parenté, que ceux qui sont atteints d'une forme mélancolique héritent de dispositions dépressives, et enfin que ceux dont la maladie se *fixe* ont eu un ou plusieurs parents morts de démence sénile.

Pour notre part, nous ne saurions souscrire à l'opinion de ces auteurs. Dans son ensemble, elle est nettement contredite par les faits que nous avons observés. D'une manière générale, l'aliénation des parents ne semble avoir aucunement favorisé la production du délire chez nos malades, car on l'observe aussi fréquemment dans les cas de démence paralytique simple que dans les formes délirantes.

Dans le détail, voici ce que nous pouvons dire. En premier lieu, l'alcoolisme des parents est très souvent noté dans nos observations, et même dans les cas (obs. II et XXVI) où il a entraîné des troubles mentaux graves, rien n'autorise à dire qu'il prédispose le fils aux hallucinations. En second lieu, il n'y a pas relation étroite entre la mélancolie héréditaire et la tendance de la paralysie générale à réaliser une forme dépressive ; nous avons relevé en effet 4 fois un état mélancolique chez les ascendants ; or, dans 3 cas, le malade porteur de cette hérédité présente une paralysie générale de type démentiel simple euphorique (obs. LVI, LXIV et LXVI) ; seul le 4^e cas confirme les dires de SCHNEIDER, il concerne en effet un des malades de notre 2^e série (obs. XVIII). Sur le troisième point affirmé par SCHNEIDER, que l'existence de cas de démence sénile dans la parenté arrête l'évolution de la paralysie en la fixant, nous ne sommes pas suffisamment documentés pour le confirmer ou le révoquer en doute.

Au total, nous sommes bien plutôt portés à conclure que si l'hérédité a prédisposé certains de nos malades à la paralysie générale, ce n'est pas en les rendant plus aptes à délirer dans tel ou tel sens, mais en créant une réceptivité spéciale de leur cerveau aux agents pathogènes. Ce qui nous autorise à penser ainsi, c'est la fréquence avec laquelle nous avons relevé les affections

vasculaires, l'apoplexie et les démences organiques dans les familles de nos malades.

En affirmant cette réceptivité plus grande du cerveau de quelques individus à certaines actions nocives, nous énonçons une opinion voisine dans son apparence de celle qu'ont produite quelques auteurs, en particulier A. JOFFROY (1) et NAECKE (2).

Mais nous nous séparons *radicalement* de ces auteurs sur le point de savoir quelle est la nature de cette réceptivité particulière. Toutefois, comme ceci se rattache à un ordre d'études spécial, nous n'allons pas l'aborder ici, le réservant pour le chapitre suivant.

1. Dans un article sur la Folie choréique (*Semaine médicale*, 1893) cet auteur écrit : « les dégénérés forment, non pas un petit groupe restreint et isolé au milieu de l'aliénation mentale, mais une famille excessivement nombreuse dont chacun des membres se présente avec sa physionomie individuelle. Tous, cependant, sont réunis par ce lien commun : à savoir que leur système nerveux présentant des joints d'une résistance insuffisante sera presque fatalement atteint d'un trouble organique ou fonctionnel lorsque l'occasion se présentera .. »

2. NAECKE parle aussi d'une altération congénitale créant le cerveau *invalidé*.

CHAPITRE III

NATURE DE LA PRÉDISPOSITION

DISCUSSION SUR LA DÉGÉNÉRESCENCE

Si l'on accepte — comme tout ce qui précède nous y incline — que certaines particularités de l'organisation individuelle, s'objectivant dans les fonctions et dans la forme, puissent prédisposer à la paralysie générale, il faut se demander maintenant quelle est la nature de cette prédisposition, autrement dit, de quelle manière son action peut être comprise.

C'est là un problème de Pathogénie.

Or les tentatives faites jusqu'à ce jour pour expliquer la pathogénie des affections mentales ont abouti dans deux directions différentes.

D'une part, avec MOREL, s'est constituée la doctrine de la *dégénérescence physique et mentale*, suivant laquelle certaines tares familiales sont susceptibles de favoriser la production de la folie.

D'autre part, plus près de nous, l'avènement des idées de PASTEUR sur l'importance des germes microbiens a conduit à imputer à l'infection de nombreux troubles mentaux.

Le propre des affections mentales qui relèvent de la dégénérescence serait d'être héréditaires, partant constitutionnelles, et de se manifester dès les premières phases de la vie individuelle par des particularités morales et physiques qu'on dénomme des stigmates.

Par contre, celles qui sont dues à l'infection ne trouveraient

dans l'hérédité et la constitution de l'individu aucune condition favorisante.

Le problème pathogénique de la paralysie générale se formule donc en un dilemme, comme il suit :

Cette affection dépend-elle d'une atteinte infectieuse des centres nerveux susceptible de se produire chez tout individu ?

Ou bien est-elle liée à la dégénérescence héréditaire ?

Nous avons vu dans notre Introduction pourquoi l'on ne peut accepter l'origine exclusivement microbienne de la méningo-encéphalite diffuse, et nous avons conclu que la syphilis n'est pas seule en cause dans la genèse de cette maladie. Nous faudrait-il donc, acceptant la seconde hypothèse, admettre que la paralysie générale se produit à la faveur d'un état de dégénérescence ? Cette opinion, nous l'avons vu, a eu ses défenseurs et ses détracteurs, et elle fut jadis le sujet de discussions passionnées. Actuellement, par un excès mal entendu de scepticisme à l'endroit de la notion de dégénérescence, ces discussions sont jugées désuètes et on n'attend plus d'elles aucune lumière. Si le débat est resté sans issue, c'est, pensons-nous, pour une raison très simple qui tient à la définition même de la dégénérescence.

Ce terme a été pris en effet dans plusieurs acceptions très différentes. L'équivoque que cela introduit existe déjà dans l'œuvre du créateur de cette notion. D'une part, dans un de ses ouvrages (1), MOREL définit la dégénérescence d'une manière en quelque sorte philosophique, comme une « déviation du type normal de l'humanité ». D'autre part, dans un autre ouvrage (2), soucieux de faire œuvre clinique, il s'efforce de limiter aux affections nerveuses la portée du mot dégénérescence, et il met en garde les médecins contre l'erreur qui consiste à confondre ensemble les tares héréditaires nerveuses et celles résultant des affections qui ne sont pas localisées au système nerveux. Après MOREL, J. P. FALRET insiste sur la nécessité de limiter l'extension de ce terme nouveau. Il reproche à BAILLARGER et à MOREAU de Tours d'avoir considéré indifféremment toutes les affections

1. Traité des dégénérescences de l'espèce humaine.

2. Traité clinique des maladies mentales.

des parents comme susceptibles d'engendrer la folie chez les enfants, et d'avoir ainsi, par une généralisation excessive, rendu inutilisable en pratique une notion théoriquement vraie. De si judicieuses remarques ne devaient pas empêcher par la suite que ne se commit de nouveau la confusion redoutée. JOFFROY et quelques-uns de ses élèves prennent à leur tour le mot dégénérescence dans son sens large, au point qu'il devient synonyme de tare familiale quelconque. Voilà donc une première source d'ambiguïté concernant la notion de dégénérescence.

Il en est une autre tout aussi importante. MOREL, dans ses études, avait visé surtout les affections mentales qui lui paraissaient résulter d'une dégénérescence progressive de l'espèce humaine, et qui s'observent chez plusieurs membres d'une même famille. Il avait constaté que lorsque la dégradation est profonde, elle s'inscrit à la fois dans l'homme moral par des altérations du caractère, et dans l'homme physique par des difformités de la structure. Il qualifiait les unes et les autres de stigmates de dégénérescence et il recherchait leur existence chez les aliénés soumis à son observation. Mais s'il est vrai que l'on rencontre des familles où les tares s'accumulent ainsi, il ne s'ensuit pas qu'il y ait entre les stigmates physiques, les stigmates mentaux et l'hérédité vésanique des liens absolument constants. Il est facile d'en donner des preuves : Bien des êtres sont disgraciés physiquement qui, d'une part, n'ont aucun aliéné dans leur parenté, et d'autre part ne versent pas dans la folie. Certains autres présentent des anomalies de l'intelligence ou du caractère sans être pour cela entachés d'aucun stigmate physique. Enfin, il a été depuis longtemps signalé que, dans deux des vésanies les plus constamment héréditaires — nous avons nommé la psychose maniaco-dépressive et la maladie des obsessions — la structure du corps ne présente le plus souvent aucune particularité anormale.

Par ce rapide exposé, on voit que le mot dégénérescence peut avoir bien des significations différentes. Nous en pouvons compter cinq.

Dans un premier sens, le sens large, il désigne toute déviation

du type normal de l'humanité, c'est-à-dire toute maladie constitutionnelle ou acquise susceptible d'influencer la descendance (MOREL, MOREAU de TOURS, BAILLARGER, JOFFROY, ROGUES DE FURSAC). En un sens déjà plus limité, il caractérise, tantôt l'hérédité des tares nerveuses et mentales (MOREL, J. P. FALRET, DÉJÉRINE), tantôt l'hérédité des tares mentales seules, avec comme cas particulier celui où le fils hérite de la maladie même de son père (hérédité similaire).

En troisième lieu, ce mot peut servir à indiquer chez un individu soit la présence des stigmates physiques, soit celle des stigmates mentaux.

En somme, on qualifie de *dégénéré* tantôt un sujet qui frappe l'attention par la dysharmonie de sa forme, tantôt un sujet qui présente des bizarreries du caractère ou une déficience intellectuelle, tantôt celui qui a dans sa parenté des cas de folie, des cas d'affections du système nerveux ou même des cas d'affections diathésiques quelconques.

A la lumière de ces distinctions, examinons s'il y a dans les observations de nos malades des raisons suffisantes pour dire que le paralytique général est un *dégénéré*.

S'il s'agit de la dégénérescence au premier sens de ce mot, la réponse n'est pas douteuse : le paralytique est souvent un *dégénéré*. Il hérite de quelques tares diathésiques, sa longévité est médiocre et sa descendance peu abondante. Mais est-ce bien là quelque chose de particulier à l'affection qui nous occupe, et les mêmes remarques ne sont-elles pas de mise à propos de bien d'autres maladies. J. P. FALRET, en parlant des auteurs qui ont étendu outre mesure la sphère de la dégénérescence, dit très justement :

« Ces auteurs, en voulant trop prouver, détruisent précisément
« le résultat qu'ils veulent produire. En effet, si toutes les affec-
« tions héréditaires pouvaient devenir causes de la folie, comme
« il n'est pas une seule famille qui ne soit entachée d'une mala-
« die héréditaire quelconque, toutes les familles se trouveraient
« également prédisposées à la folie, par conséquent l'influence

« de l'hérédité, comme cause prédisposante, disparaîtrait en se « généralisant... » (1).

Serrons donc le problème de plus près. Selon la seconde acception du mot dégénérescence, observe-t-on fréquemment dans les familles des paralytiques des affections du système nerveux ? Réponse affirmative de la plupart des auteurs. Mais, il s'introduit ici une distinction importante, celle que LUNIER et DOUTREBENTE ont les premiers posée, et après eux BALL et RÉGIS. Il faut, disent ces auteurs, distinguer en deux groupes les affections du système nerveux. Les unes relèvent de lésions importantes du cerveau, telle la démence ; les autres apparaissent plutôt comme une déficience constitutionnelle de la fonction cérébrale, telles les vésanies. Nous avons vu que dans la parenté des paralytiques, les vésanies sont rares, tandis que l'apoplexie et les démences d'origines diverses s'observent fréquemment. Il faut toutefois — en correctif à cette observation — ajouter que les vésanies d'accès ne sont pas exceptionnelles, en particulier la mélancolie. BAYLE et CALMEIL le mentionnent dans leurs écrits. « Près de la moitié « des malades que nous avons observés, dit le premier, avaient « eu des parents plus ou moins rapprochés atteints de la même « maladie, ou d'apoplexie, de paralysie, de manie, de démence, « de mélancolie, de penchant au suicide. » Pour notre part, nous avons relevé deux fois des accès dépressifs passagers et deux fois la folie suicide.

En définitive, la prédisposition héréditaire à la paralysie générale est donc bien particulière, et fort différente de celle qu'on observe dans les autres affections mentales. Dans ces dernières en effet, comme l'écrit LUNIER « on rencontre bien, il « est vrai, des paralytiques, des hémiplegiques, des déments, mais « on y trouve surtout des aliénés », et souvent plusieurs cas de folie sont signalés au sein d'une même famille, tandis que, comme nous l'avons dit, dans la paralysie générale, les tares consistent principalement dans des affections lésionnelles du cerveau et se présentent rarement accumulées.

En ce qui concerne la dégénérescence comprise comme liée

1. J. P. FALRET, Des maladies mentales. Introduction.

aux stigmates mentaux et physiques, nous ferons les remarques suivantes.

Au point de vue mental, nos observations confirment dans l'ensemble l'opinion de BAYLE, de MOREL, de MAGNAN, de RÉGIS, etc..., que l'intelligence des malades ne présentait avant la maladie aucune anomalie notable. Dans l'ordre du caractère, par contre, l'irascibilité et la propension aux excès de toutes sortes doivent être considérées comme un stigmate de dégénérescence.

Au point de vue physique, contrairement à l'opinion de JOFFROY, de ROGUES DE FURSAC et de NAECKE, nous n'avons noté chez nos malades que peu de dysharmonies. Le type morphologique que nous avons décrit comme fréquent est en général très régulièrement conformé ; la seule anomalie que nous ayons relevée chez lui dans quelques cas, c'est un degré peu prononcé d'asymétrie faciale. Pour trouver des difformités plus importantes, il faut s'adresser aux malades affectés de certaines formes dépressives ou de formes catatoniques. Asymétries thoraciques. Cypho-scolioses. Entonnoir sternal. Disproportion entre l'abdomen et le thorax. Déformations des membres. Visage en « pignon ». Oreilles déformées ou décollées. Signes de féminisme chez l'homme. Mais ces difformités ne sont jamais très accusées : elles vont rarement jusqu'à troubler sérieusement les fonctions d'un appareil. Par exemple, nous n'avons à signaler aucune anomalie grave de la structure des organes génitaux, ni de la structure du crâne.

En résumé : vitalité et longévité moindres, constatation chez les ascendants, à côté d'affections viscérales, de troubles mentaux organiques ou de mélancolie, peu d'importance des stigmates mentaux et physiques. Rien de comparable par conséquent à la dégradation physique et morale que l'on observe dans certaines familles de vésaniques ou d'imbéciles. A moins donc de forcer le sens du mot dégénérescence et de placer toutes les affections mentales et nerveuses sur un pied d'égalité, nous ne pouvons admettre que la prédisposition à la paralysie générale soit liée à des tares dégénératives, au sens où MOREL entendait celles-ci en clinique.

Mais, si nous n'acceptons pas que la paralysie générale survienne d'ordinaire chez le dégénéré, non plus que chez l'homme normal, comment allons-nous concevoir la nature des facteurs individuels qui prédisposent à cette affection ? C'est ici qu'il faut se demander si, en parlant des dégénérés à tout propos et hors de propos, on ne s'est pas égaré dans une impasse ! N'y a-t-il donc pas de place en pathologie mentale pour des prédispositions d'une autre espèce que celle envisagée par MOREL ! Poser le problème de cette manière, c'est indiquer le moyen de le résoudre. Portons-nous à la source de toutes les discussions. Pour décrire le dégénéré, MOREL suppose l'existence d'un type humain normal. Mais ni lui, ni ceux qui après lui se sont engagés dans la même voie ne se sont préoccupés de définir ce type normal. De là des discussions sans issue sur la manière dont on doit comprendre le dégénéré : celui qui n'est pas normal.

Nous nous plaçons résolument à un point de vue très différent. Pour nous, il n'y a pas de type humain normal. Ce type est une abstraction, abstraction nécessaire sans doute, mais qui est très éloignée de la réalité des faits. Les types que nous rencontrons dans la Nature ont tous, à des degrés divers, une prédisposition pathologique. Et, bien que celle-ci puisse rester longtemps latente, dissimulée derrière les apparences d'une santé parfaite, elle ne se révèle pas moins dans les fonctions et dans la forme par des traits particuliers. Les Médecins de l'Antiquité l'avaient bien compris et, s'étant efforcés de résumer en quelques types généraux les prédispositions innombrables qu'ils observaient, ils créèrent les Tempéraments. Comme LUNIER, et quelques autres après lui (cf. Historique), nous croyons que la prédisposition individuelle à la paralysie générale est une prédisposition de tempérament, c'est-à-dire qu'elle est liée à des conditions fonctionnelles spéciales susceptibles de créer certaines aptitudes morbides. Dans le cours de notre travail, nous avons été souvent amenés à y faire allusion. Nous voudrions maintenant pénétrer plus profondément dans le problème pathogénique de la paralysie générale et des facteurs qui y prédisposent, en examinant dans le détail les connaissances que nous possédons sur le tem

pérément. Nous allons dans ce but ouvrir une vaste parenthèse et abandonner pour un moment le sujet spécial de ces études. Ce sera pour y revenir ensuite enrichis de notions nouvelles qui nous aideront, croyons-nous, à apporter un peu de lumière dans les problèmes ici débattus.

LES TEMPÉRAMENTS

Les Observateurs de l'Antiquité concevaient la santé comme l'adaptation parfaite de l'organisme à son ambiance. Toutes les causes susceptibles de troubler cette adaptation peuvent provoquer la maladie. Au premier rang de ces causes, il faut placer les perturbations du milieu, au sens le plus large. Mais l'observation enseigne que l'action morbide de ces perturbations ne s'exerce pas de la même manière sur tous les organismes, ce que l'on peut encore exprimer en disant que les hommes n'ont pas une égale réceptivité à la maladie.

En rechercher la raison fut une des préoccupations principales des premiers médecins. Ils reconnurent que si les hommes ont des propriétés communes qui les apparentent, d'autres propriétés, celles-là individuelles, les séparent. Ces propriétés individuelles, ils s'efforcèrent de les dépister cliniquement et de tirer de leur connaissance des conclusions pour la prévision et le pronostic des maladies. Puis, dépassant l'empirisme, ils rapportèrent les particularités observées à la répartition inégale des liquides en circulation dans l'économie.

Nous ne croyons plus aujourd'hui à cette partie pathogénique de l'œuvre des Anciens ; nous avons relégué l'Humorisme au rang des théories surannées. Il n'est toutefois pas inutile d'examiner succinctement l'hypothèse des humeurs. On admit qu'il existait quatre humeurs (1), et qu'un certain équilibre de ces humeurs était nécessaire à la bonne santé. Le type d'organisation qui réalisait en lui cet équilibre, on l'appelait *tempéramentum ad justitiae*. De là est venu le mot *Tempérament*. Réservé en droit au type humain en état d'équilibre physiolo-

1. C'étaient la lymphe, le sang, la bile et l'atrabile.

gique, il fut en fait utilisé pour désigner les autres types d'organisation, ceux qui n'offraient pas une juste proportion des humeurs constituanes. Pour les distinguer, on appela le premier tempérament *idéal*, les autres tempéraments *mixtes*.

Un long usage a consacré le mot tempérament. Plus tard, on employa dans le même sens le terme Constitution. Enfin, la microbiologie moderne, nous familiarisant avec la comparaison du corps humain à un milieu de culture, nous a donné le mot Terrain, fort en faveur aujourd'hui. L'acception de ces termes est à peu près la même. Ils se résument tous trois dans la notion de *Type humain*, notion qui déborde le cadre de la Médecine pour intéresser toutes les sciences biologiques.

Les hommes, en effet, ne se montrent pas seulement différents les uns des autres devant la maladie, mais ils sont encore *physiologiquement inégaux*. Il est assurément légitime de négliger ces inégalités, et c'est sur une telle abstraction que sont fondées la Physiologie, l'Anatomie, la Psychologie usuelles, sciences des caractéristiques de l'Homme en tant que celui-ci représente une espèce définie. Mais lorsque, au sein de l'espèce, on observe les individualités innombrables dont celle-ci se compose, on les voit se grouper en variétés ou types. La connaissance de ces types est l'objet d'une science particulière, la Typologie, dont l'étude des Tempéraments fait partie.

Cette étude a fait l'objet de travaux très nombreux. Un moment délaissée, elle connaît aujourd'hui une faveur nouvelle, particulièrement dans son application à la Médecine. Ce renouveau ne peut être que favorable. Nous devons toutefois regretter que les méthodes d'investigation employées par les typologistes soient dans la plupart des cas mal définies, et qu'aucune unité n'existe dans les points de vue et les techniques des chercheurs.

Nous nous sommes efforcés de conduire notre étude des tempéraments de telle manière que pareille critique ne puisse nous être adressée.

Nous inspirant de l'œuvre des Anciens et de celle de Claude

SIGAUD, nous avons mis à la base de nos recherches deux principes essentiels.

Le premier est que l'étude des types humains ne doit pas se borner à être une analyse détaillée de leur organisation, cette analyse fût-elle conduite très loin ! Elle doit s'efforcer de comprendre cette organisation dans son ensemble, et ne s'attacher qu'en second lieu à l'examen des parties qui composent cet ensemble. Il y a là une méthode très différente de celle qui est d'usage en physiologie pure, où, lorsqu'on veut étudier un organe, on n'hésite pas à l'isoler de ses connexions naturelles. Un tel procédé ici ne vaudrait rien ; il conduit presque toujours à des conclusions qui dépassent l'expérience. Il faut signaler à ce propos l'influence fâcheuse qu'exerce dans cet ordre de recherches la spécialisation, quand elle est comprise d'une manière trop étroite. Le médecin qui fait de l'étude d'un organe déterminé le sujet exclusif de ses observations, est invinciblement porté à croire que cet organe régent l'économie toute entière. C'est ainsi qu'on a voulu attribuer des prérogatives spéciales au système nerveux, à l'estomac, au foie. La même tendance se marque de nos jours en faveur des glandes endocrines, que certains inclinent à considérer comme dirigeant toutes nos activités fonctionnelles ; comme si ces glandes étaient autre chose qu'un chaînon de la chaîne organique, comme si leur fonction ne dépendait pas de l'état du système nerveux, de l'état de la circulation, de l'état de la nutrition... tout autant qu'elle agit sur eux ! En réalité, nous sommes bien loin, dans l'état actuel de nos connaissances, de pouvoir attribuer à un organe un rôle directeur dans l'économie, de pouvoir fixer dans l'organisme des points de départ et des points d'arrivée, des causes et des effets. Nous saisissons seulement des changements corrélatifs, des interdépendances. Toute modification éprouvée par un organe propage instantanément ses effets à l'organisme entier, en vertu de la *synergie fonctionnelle* de toutes les parties. L'organisme, en définitive, est surtout propre aux réactions d'ensemble ; c'est là sa première destination physiologique. Les réactions localisées sont un phénomène secondaire, plus tardif dans son apparition ; il est

donc légitime de subordonner leur étude. SIGAUD a beaucoup insisté sur cette synergie des réactions grâce à laquelle l'organisme se comporte véritablement en « individu ».

Ce principe de synergie fonctionnelle entraîne un corollaire important qui affirme la solidarité de tous les actes par lesquels se manifeste la vie de l'organisme : actes physiologiques, actes morphogénétiques, actes psychologiques. Fonction, forme, caractère sont les trois « Aspects » d'un même phénomène ; nous y reviendrons avec détails.

Le second des principes sur lesquels s'appuient nos recherches postule la très intime dépendance de l'être humain vis-à-vis de son ambiance, de son milieu naturel. L'activité fonctionnelle, considérée dans ses grandes lignes, consiste en effet dans les échanges incessants d'énergie qui se font entre l'organisme et le milieu. Examinons-la selon ce point de vue. Supposons un moment que l'organisme vivant ne diffère aucunement des autres corps de la Nature. Les sciences physiques nous ont accoutumé à ramener les actions des corps les uns sur les autres à des échanges d'énergie ; selon le sens de l'échange, un corps absorbe ou rejette de l'énergie. Ainsi pour le corps humain. Mais ce dernier, par son organisation d'être vivant, occupe au milieu des substances inorganisées une place privilégiée. Cette énergie qu'il absorbe, avant de la rejeter, il la transforme, et c'est dans cette transformation que réside son activité propre, son *métabolisme* personnel. Dans cette transformation, le facteur temps joue un rôle prépondérant. Il semble bien, en effet, que l'organisme animal, puisant dans l'ambiance des énergies lentement accumulées, les modifie de telle sorte qu'elles peuvent ensuite être dépensées en un temps très court, de manière à produire des effets très intenses ; de même, à l'aide d'une étincelle, on tire d'un explosif en une fraction de seconde toute la force vive qu'il renferme. Cette transformation peut être représentée par l'équation $e T = E t$, dans laquelle e figure la quantité d'énergie absorbée par unité de temps, E la quantité dépensée dans les mêmes conditions, T la durée de l'absorption, t la durée de la dépense. $e T$ représente la fonction d'épargne ou fonction *anabolique*.

E t représente la fonction de dépense ou fonction *catabolique*.

Ces considérations touchant les deux grandes fonctions de l'organisme trouvent une application immédiate au sujet que nous traitons ici. Les hommes, disions-nous plus haut, sont physiologiquement inégaux. Cette inégalité, nous pouvons dès à présent lui donner une formule au moins approchée. Chez les uns, la fonction anabolique prédomine sur la fonction catabolique ($e T > E t$) ; chez les autres c'est l'inverse ($e T < E t$). D'où deux types de tempérament opposés : l'un est un tempérament d'épargne, l'autre un tempérament de dépense. Au juste milieu de ces deux là, on conçoit l'existence d'un type de tempérament dans lequel l'épargne égale la dépense ($e T = E t$).

Cette conception des tempéraments n'est toutefois qu'une approximation assez grossière. Pour l'établir, il nous a fallu faire abstraction de la complexité structurale de l'organisme, et considérer ce dernier comme un ensemble homogène dont toutes les parties exercent la même fonction. Chez les êtres d'organisation supérieure, comme l'homme, une telle abstraction n'est pas légitime : à l'homogénéité foncière de la matière vivante se superpose une hétérogénéité secondaire liée à la différenciation fonctionnelle des divers organes. Ces derniers, dès lors, s'ils sont encore aptes à participer aux réactions d'ensemble de l'organisme, possèdent en outre un fonctionnement spécialisé. Pour les uns, la fonction privilégiée est l'anabolisme, pour les autres, c'est le catabolisme. Dès lors, selon les moments, et aussi selon les influences ambiantes, nous verrons prédominer fonctionnellement tantôt un organe, tantôt un autre. La *prédominance fonctionnelle*, sur laquelle nous avons l'ambition de fonder la notion de tempérament, ne se peut plus définir aussi schématiquement que nous l'avons fait ci-dessus. Il y a souvent dans un organisme plusieurs prédominances simultanées, se manifestant chacune à leur heure. Il importe de définir le sens de chacune d'elles (ana ou catabolisme) et l'organe qui en est le siège. Nous parviendrons ainsi à une connaissance du tempérament beaucoup

plus nuancée, beaucoup plus en accord avec la complexité réelle des faits.

Les considérations qui précèdent paraîtront peut-être très abstraites. Il était cependant nécessaire de les introduire tout d'abord, car elles sont indispensables à la clarté de l'exposé qui va suivre. La distinction des deux grandes fonctions, l'anabolisme et le catabolisme, pour schématique qu'elle soit, est très précieuse dans l'étude du tempérament, et l'on verra bientôt quelle netteté elle y apporte ! Quant au principe de synergie fonctionnelle et à son corollaire, la solidarité des trois aspects du tempérament, nous en ferons à chaque instant l'application.

Nous allons maintenant pénétrer dans le vif du sujet, en examinant comment on peut, par l'étude de leurs aptitudes fonctionnelles, caractériser les divers types de tempérament. Cet exposé, nous allons le diviser en trois parties.

Dans la première partie, nous reproduisons les données d'une étude précédemment parue sur « les Quatre Tempéraments des Anciens » (1). Nous avons puisé le fonds de nos descriptions dans les connaissances classiques, mais la forme sous laquelle nous la présentons est originale. Persuadés en effet que les considérations physiologiques exposées plus haut sont implicitement contenues dans la doctrine hippocratique, mais qu'elles y sont dissimulées derrière la terminologie humorale, nous avons jugé utile de les en dégager, pour mieux montrer tout à la fois la richesse concrète et la cohérence logique de cette doctrine.

Ayant par cet exposé fourni une conception *statique* du tempérament, nous tentons, dans la seconde partie, de pénétrer plus profondément dans la structure intime des types décrits. Dans ce but, nous faisons appel aux données de la Morpho-physiologie exposées par Claude SIGAUD dans des ouvrages d'un mérite rare. Nous espérons montrer que l'application de ces données à la connaissance antique des tempéraments permet de renouveler

1. Les quatre Tempéraments des Anciens. *Gaz. Méd. de France*, 1932, n° 4 et n° 6.

celle-ci, en forgeant une véritable méthode d'investigation applicable à tous les types humains.

Dans la troisième partie, nous faisons voir la lumière que cette méthode nouvelle projette sur l'évolution des types hippocratiques selon les âges, sur leurs caractères spéciaux selon le sexe, enfin sur les corrélations intimes entre le Tempérament et le Milieu naturel. Nous ne perdons pas de vue l'objet spécial de ces études, et nous essayons de montrer d'une manière simple les réactions dans la maladie des divers types que nous avons dépeints.

Ces considérations nous ramènent à notre sujet principal, la Paralyse générale, et nous faisons voir que la plupart des caractères observés chez les malades atteints de cette affection s'expliquent par la connaissance du tempérament, et peut-être même la prédisposition à la démence.

A. — LE TEMPÉRAMENT SELON LES ANCIENS

1. — LES TROIS ASPECTS DU TEMPÉRAMENT.

Comme nous l'avons dit, les Anciens ne morcelaient pas l'étude de l'Homme. Ils savaient bien que notre intelligence est bornée, et qu'elle doit, pour saisir l'être vivant dans tous ses aspects, adopter successivement plusieurs points de vue. Autant de ces points de vue, autant de sciences biologiques distinctes. Mais ces distinctions sont artificielles : c'est notre esprit qui les apporte, elles ne sont pas dans la Nature. Et, pour une juste compréhension du tempérament, nous devons nous efforcer de mettre en valeur l'étroite solidarité de ses trois aspects, l'aspect physiologique, l'aspect morphologique, l'aspect psychologique. En accord avec cette pensée directrice, nous allons tout d'abord montrer comment ces aspects sont dans la dépendance réciproque les uns des autres. Analysons en premier lieu l'aspect physiologique.

Aspect physiologique. — D'après ce que nous avons dit dans notre préambule, lorsqu'on se borne à une vue d'ensemble de

l'activité fonctionnelle, celle-ci se résume dans les grandes fonctions d'anabolisme et de catabolisme. Examinons de plus près en quoi résident ces deux fonctions.

La fonction anabolique comprend toutes les activités d'épargne, les premières en date dans l'évolution de l'être vivant, celles qui apportent les matériaux dont l'organisme se construit. Il en est deux principales. L'une aboutit à un gain réel, elle représente en quelque sorte une fonction positive, la fonction de *nutrition*, avec ses corollaires l'*assimilation* et la *croissance en volume*. L'autre entraîne la réduction des dépenses, elle représente une fonction négative, la fonction de *repos*. Ces fonctions exigent un apport incessant du milieu extérieur : apport d'énergies plastiques, apport d'énergies caloriques..., etc. Elles s'accomplissent selon un rythme lent (formule e T).

La fonction catabolique comprend toutes les activités de dépense, qui sont en quelque sorte des activités de luxe. La plus importante de toutes est représentée par la fonction de *sensibilité* et de *mouvement* (fonction de relation), qui est le privilège du règne animal. Son rythme est rapide (formule E t). L'activité productrice de chaleur, la désassimilation et l'excrétion sont subordonnées à l'activité sensitivo-motrice. Il faut encore ranger sous l'étiquette de catabolisme la différenciation qui s'accomplit au cours de la croissance, et qui est dans la dépendance intime des fonctions de relation.

La résultante de ces diverses activités fonctionnelles constitue ce qu'on appelle le *métabolisme* de l'être vivant. La valeur de ce métabolisme dépend de la fonction qui prédomine, et lorsqu'on connaît celle-ci, on est à même de définir dans ses grandes lignes un type de tempérament. Car de cette prédominance vont résulter toute une série d'attributs morphologiques et psychologiques, comme nous allons le dire.

Aspect morphologique. — La forme d'un organisme est en effet dans la dépendance intime de sa fonction prédominante.

Quand l'anabolisme prédomine, l'organisme croît en volume

sans se différencier. L'accumulation des réserves nutritives tend à lui faire prendre la forme d'une boule sphérique.

Quand le catabolisme prédomine, les dépenses incessantes amènent une réduction de la masse du corps et celui-ci se différencie de plus en plus, se développant surtout en surface.

Si l'organisme était semblable dans toutes ses parties, la prédominance exclusive de l'une ou de l'autre grande fonction aboutirait à la création de deux types morphologiques opposés : l'un, le type anabolique, arrondi comme une boule ; l'autre, le type catabolique, aplati et étiré sur lui-même. Mais ce sont là des types que la nature ne réalise jamais. Ce sont, si l'on veut, des types « limites », des types caricaturaux.

Dans la réalité, la spécialisation fonctionnelle intervient, comme nous l'avons vu, et distribue les activités aux différentes parties du corps. Nous bornant ici à un schéma très grossièrement approché, nous pouvons considérer l'organisme comme formé de deux parties, le tronc et les membres. Le tronc préside à la fonction anabolique, les membres à la fonction catabolique. La prédominance d'une de ces fonctions sur l'autre va donc se traduire par le développement plus accentué de la partie du corps qui assume cette fonction. Et nous pouvons dès à présent décrire deux types fonctionnels et morphologiques principaux :

Le type de forte prédominance anabolique, tout en tronc, court de membres, replet et gras.

Le type de forte prédominance catabolique, tout en membres, long et maigre (1).

Selon sa fonction prédominante, chaque tempérament s'apparentera plus ou moins à l'un ou à l'autre de ces deux types.

1. Les typologistes italiens VIOLA et PENDE ont été parmi les premiers à formuler nettement l'opposition des deux grandes fonctions et des parties du corps qui les remplissent. Ils ont décrit succinctement les deux types que nous évoquons ici et ils ont créé des termes destinés à indiquer leurs principaux attributs : mégalosplanchnique brévitype, microsplanchnique longitype. Mais ils n'ont pas su dépasser ce point de vue et le schéma construit par PENDE en introduisant dans chacun des deux types, un sous-type sthénique et un sous-type asthénique (Conférence faite à l'hôtel Chambon), est loin de correspondre aussi bien que la typologie hippocratique à la réalité des faits. On y sent beaucoup trop la construction *a priori*.

Aspect psychologique. — L'aspect psychologique du tempérament est de même en relation étroite avec son aspect physiologique. Les Anciens l'avaient bien compris et ils se refusaient à séparer dans leur étude l'activité spirituelle de l'activité corporelle (1).

Remarquons d'abord que la vie affective du Caractère est étroitement liée à ce qu'on appelle les Instincts. Or, ceux-ci ne sont que la transposition, dans le plan psychique, des besoins fondamentaux de l'organisme, c'est-à-dire des fonctions anaboles et cataboliques. L'instinct de conservation, l'amour des jouissances matérielles, le besoin d'être guidé et protégé, se rattachent à l'activité d'épargne ; ils sont particulièrement développés chez le type de Tempérament en qui cette activité prédomine et dont nous avons esquissé la forme. L'instinct de combat, la passion de l'activité physique désintéressée, le besoin de dominer, se rattachent à l'activité de dépense ; nous avons vu les caractères du type de Tempérament dont celle-ci est l'apanage (2).

Si le libre exercice de ces activités instinctives s'accompagne d'un sentiment agréable, par contre, l'entrave que certains facteurs mettent à leur jeu produit un sentiment désagréable. Ces impressions de bien-être et de malaise qui, de tous les points du corps, affluent au cerveau, engendrent dans la conscience un

1. Cette conception de l'étroite solidarité entre l'âme et le corps, formant à eux deux un ensemble indissoluble — tout au moins pendant la vie — fut affirmée de nouveau avec éclat par les théologiens du moyen âge.

« Albert le Grand, saint Thomas, saint Bonaventure, Scott, et d'autres maîtres illustres de la scolastique, sont unanimes à regarder l'âme vigilante et l'âme sensitive comme l'enveloppe et le vase de l'âme raisonnable, c'est-à-dire, les phénomènes de la nutrition et du mouvement comme la condition des phénomènes de la pensée. »

Qui parle ainsi ? C'est Morel, un des plus remarquables aliénistes du XIX^e siècle, l'auteur de la théorie des dégénérescences physiques et morales. Morel reprend pour son propre compte la conception thomiste de l'intelligence, réagissant un des premiers contre cet excès mal entendu de Cartésianisme, qui introduisait entre l'âme et le corps une distinction radicale.

2. L'art littéraire et la caricature ont depuis longtemps deviné ce que les études physiologiques nous enseignent aujourd'hui. L'opposition, selon les trois aspects du Tempérament, entre les deux types que nous présentons ici, elle se trouve tout entière dans l'union hétéroclite de Don Quichotte et de Sancho Pança (Cf. Cervantès pour l'étude psychophysiologique, et Daumier ou Gustave Doré pour l'étude morphologique).

sentiment confus qu'on appelle *Cénesthésie*. Ce sentiment est à la base de la notion que nous avons de notre Personnalité, tant physique que morale. De lui dépend donc également la manière dont nous considérons les objets et les êtres qui nous entourent, c'est-à-dire, en un mot, la tonalité affective de notre vie morale.

Les facultés supérieures de l'esprit semblent échapper à ce déterminisme qui lie le caractère à la vie organique. Ce n'est qu'une apparence. Tout d'abord, c'est par la sensibilité et le mouvement — qualités physiologiques — que l'intelligence se met en rapport avec le monde extérieur, en un mot, qu'elle perçoit. D'un autre côté, les jugements que nous portons sur les choses — fussent-ils très abstraits — dépendent de notre état cénesthésique du moment, même lorsque nous croyons disposer de toute notre liberté d'opinion. Enfin, il n'est pas jusqu'au génie qui ne paraisse mystérieusement conditionné par notre organisation intime !

2.— LES QUATRE TEMPÉRAMENTS ET LE TEMPÉRAMENT IDÉAL.

Les Anciens, nous l'avons vu, décrivaient un tempérament *idéal*, qu'ils plaçaient au juste milieu de tous les autres. Ils l'appelaient *temperamentum ad justitiae* parce que, chez les organismes de ce tempérament, chaque partie exerce sa fonction au mieux des intérêts de l'économie tout entière. Un tel tempérament ne connaît pas la maladie. Il n'en est pas de même des autres, les tempéraments mixtes. Ceux-ci, le médecin est appelé à les rencontrer fréquemment, car chez eux la prédominance d'un système organique entraîne une tendance au déséquilibre d'où résulte, à échéance variable, la maladie.

Dans l'exposé des Anciens, tout imprégné de la doctrine humorale, ces tempéraments mixtes, au nombre de quatre, ont reçu des noms qui indiquent pour chacun d'eux l'humeur jugée surabondante. Ce sont le lymphatique, le sanguin, le bilieux, l'atrabilaire (appelé plus tard nerveux). On a souvent critiqué ces dénominations et on a bien fait. Mais, par une extension

abusive, on a voulu entraîner dans le même discrédit, et la doctrine et les faits que cette doctrine s'efforce de rassembler. Or, si les doctrines passent, par contre les faits demeurent. Supprimons les étiquettes inspirées de la théorie humorale. Ce qui reste est pure description clinique. C'est pour montrer cette indépendance des faits et de la théorie que, dans l'exposé qui va suivre, nous avons substitué aux termes en usage de simples numéros d'ordre. Au lecteur de juger si cette substitution, qui fait disparaître de nos descriptions toute trace de doctrine humorale, entame le moindrement la solidité des faits que nous exposons.

Ce qui caractérise le Tempérament idéal, c'est qu'en lui se *tempèrent* (*temperamentum*) l'épargne et la dépense physiologiques. De cet équilibre résulte le maintien de la santé. Son organisation le place au juste milieu entre ces deux extrêmes : l'organisme rond et l'organisme plat ; c'est le *canon grec*. Psychologiquement, il est mesuré en toute chose, ennemi des extrêmes : *in medio stat virtus*.

Les Tempéraments mixtes (1), par leurs caractères, se distribuent de part et d'autre du Tempérament équilibré (cf. fig. 1 et 2).

A la gauche de celui-ci, se placent les types I et II, en qui les fonctions anaboliques *tendent* à prédominer.

Chez le type II, cette tendance n'aboutit que très tard au déséquilibre, car, pendant une longue période, l'exercice des fonctions cataboliques établit une compensation suffisante. Sans offrir l'équilibre harmonieux des formes du tempérament idéal, son corps est cependant bien proportionné ; mais la massivité et l'embonpoint du tronc, contrastant avec le galbe plus délié des membres, traduit avec objectivité que, dans l'équilibre des fonctions, celles d'épargne ont l'avantage sur celles de dépense.

Chez le type I, par contre, la prédominance anabolique est excessive : elle entraîne le déséquilibre et la maladie. Ici, la forme est indifférenciée, globuleuse ; à un tronc volumineux sont attachés des membres courts et massifs.

1. Numérotés de I à IV.

A la droite du tempérament équilibré se placent les types III et IV, chez lesquels les fonctions cataboliques prédominent.

Chez le type III, cette prédominance n'est pas exclusive d'une activité anabolique suffisante, et l'organisme se maintient en équilibre. Le corps est bien proportionné : l'embonpoint est médiocre, l'ossature très développée ; la taille est haute par l'allongement des membres.

Il n'en est pas ainsi chez le type IV. Chez ce dernier, l'excès des fonctions de dépense amène très vite l'épuisement des réserves nutritives. Le pouvoir d'action faiblit, cependant que la fonction de sensibilité s'exalte. Il en résulte un état général de *faiblesse irritable* (1), qui est le trait le plus marquant de l'organisation de ce tempérament. Le corps est de taille variable, mais toujours long et étroit. La maigreur est extrême ; l'ossature est fine ; le tronc est aplati et étrié dans tous ses diamètres. Les membres sont grêles, mais très développés en longueur.

Tels sont les caractères principaux — esquissés à larges traits — des quatre types de tempérament. En somme les types II et III sont proches du type idéal et offrent une Constitution forte ; par contre, les types I et IV sont sans cesse en imminence de déséquilibre et représentent des Constitutions faibles (2).

Examinons maintenant dans le détail chacun des aspects du tempérament.

I. Aspect physiologique. — Nous l'avons envisagé déjà d'une manière succincte dans les pages qui précèdent ; il reste à le développer pour chaque type.

1. « Irritable weakness » des auteurs anglais.

2. Les mots Constitution et Tempérament ont été souvent employés l'un pour l'autre. On ne peut, pour les définir sans ambiguïté, tirer de l'étymologie aucune indication utile. Constitution ; manière dont un corps est constitué, équivaut à manière d'être, sens dérivé de Tempérament. Avant Bouchard, le mot Tempérament servait à désigner la *qualité* particulière des réactions d'un organisme, le mot Constitution indiquait la *force*, la *vitalité* de ces mêmes réactions ; ainsi, on lit dans les auteurs « Ce malade est d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte ». C'est dans ce sens que nous l'employons ici.

Hallé, puis Thomas, vers 1820, confondirent ces deux mots.

Pour Bouchard, la Constitution, c'est l'élément stable, inné, immuable de l'Organisation d'un individu ; le Tempérament, c'est l'élément acquis, variable, *dynamique*.

MORPHOLOGIE DES TEMPÉRAMENTS

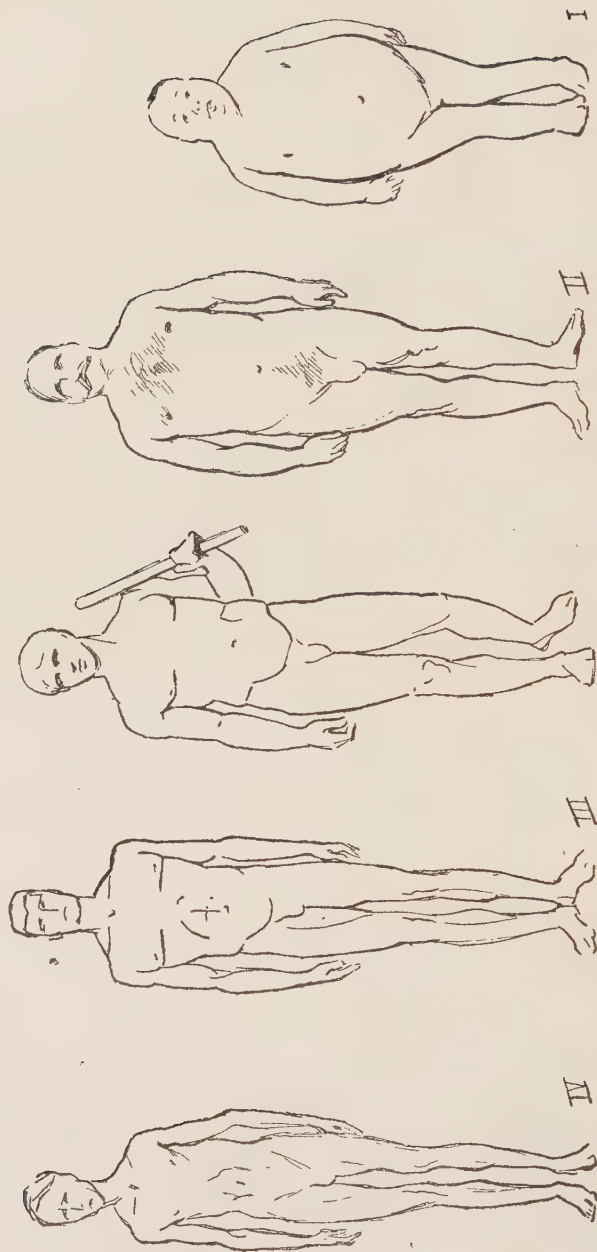


Figure 1

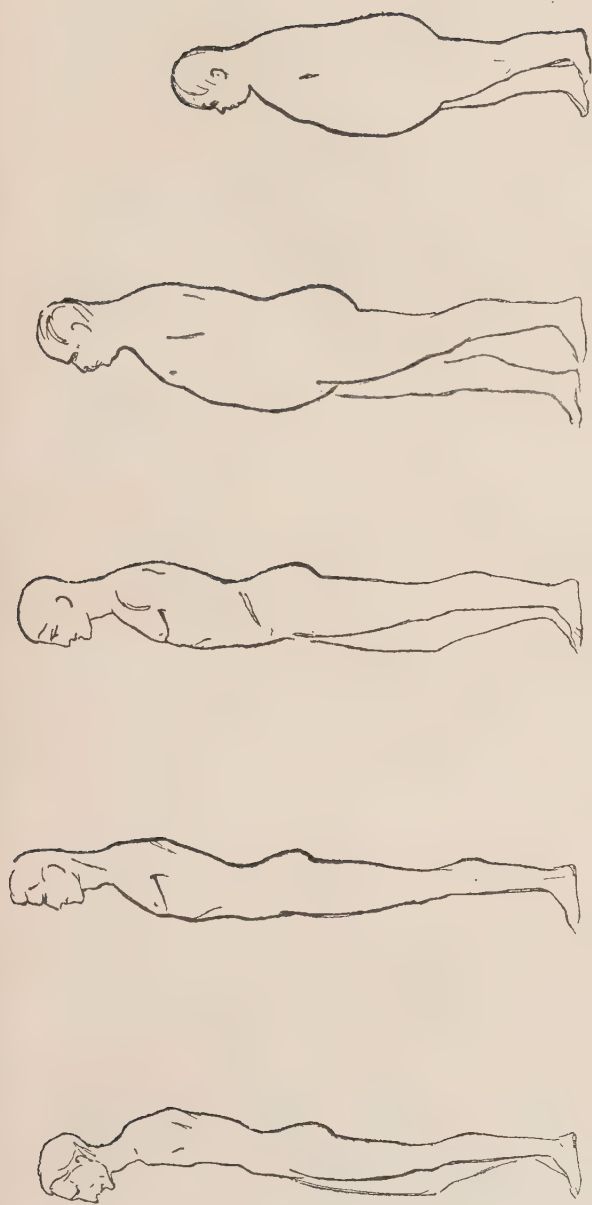


Figure 2

FIG. 1 et 2. — Le Type du milieu, qui représente le Tempérament idéal, a été établi d'après le Doryphore, de Polyclète, une des figurations les plus remarquables du Canon grec. La vue de face est une simple copie de l'œuvre du sculpteur grec ; la vue de profil, sous-jacente à la précédente, est une interprétation du même type. C'est bien le type *franc* de Claude SIGAUX « dont les formes harmoniques frappent l'attention... » et dont « la courbe se développe ample et facile, marquant les reliefs sans boursofflures, les dépressions sans creux ni méplats ».

Les quatre autres Types (face et profil) représentent les tempéraments mixtes, numérotés de droite à gauche de I à IV. Ils ont été composés d'après des documents photographiques provenant de malades examinés par nous. Quel médecin ne reconnaîtrait, en les voyant, des types qui se sont souvent présentés à son observation ! Du type I au type IV, selon la progression catabolique croissante, la forme, d'abord ramassée sur elle-même, s'étire peu à peu ; les lignes horizontales deviennent plus courtes (largeur et épaisseur), les lignes verticales plus longues, en même temps que les membres tendent à prédominer sur le tronc.

(Ces figures, comme toutes celles de cet ouvrage, sont dues à la plume du dessinateur PAZZI.)

TYPE I. — Du fait de sa prédominance anabolique, ce tempérament présente des rythmes fonctionnels très lents et son métabolisme basal est faible. Produisant peu d'énergie calorique, il ne peut subsister que dans une atmosphère tiède, et les excès du froid et de la chaleur ont vite raison de sa résistance.

Ses fonctions de nutrition, de rythme lent, sont remarquables par leur grande amplitude. Appétit considérable. Digestions lentes et régulières. D'où nécessité de repas abondants et espacés où les graisses, la viande de porc, les laitages, les soupes et les féculents, entrent pour une large part. Les selles sont volumineuses, molles et d'odeur fade.

Par contre, ses fonctions de relation sont peu développées : sa sensibilité est obtuse, sa résistance musculaire est nulle. C'est un *asthénique*, qui travaille peu, et a besoin de beaucoup de sommeil (1). Les muscles viscéraux participent à cette atonie ; ainsi, le cœur, qui est faible, d'où pression artérielle basse, circulation paresseuse, stase veineuse aux extrémités (œdème et cyanose).

En parallélisme étroit avec les précédentes, les fonctions excrétoires sont peu actives. Les sécrétions, bien que très abondantes par la quantité d'eau qu'elles renferment, sont pauvres en matières extractives, peu colorées, peu sapides et peu odorantes.

L'activité génitale est faible. La stérilité est habituelle. Chez la femme, l'aménorrhée est fréquente.

TYPE II. — Par une certaine prédominance de l'anabolisme, ce type s'apparente au précédent. Il s'en distingue par l'intensité de ses fonctions cataboliques. La valeur de son métabolisme basal est donc moyenne.

Comme le type I, celui-ci a un appétit large et des digestions régulières ; il fait des repas abondants et espacés. Toutefois, son

1. ROSTAN a le premier signalé, croyons-nous, que ce tempérament était avant tout caractérisé par l'atonie de tous les appareils organiques. Et il disait : « Si, dans cette constitution, la lymphe, l'embonpoint et la graisse prédominent, c'est consécutivement à l'inertie de tous les appareils et de toutes les fonctions », cité par ADELON. Article Tempérament. Dictionnaire de Médecine, 1844, t. XIX.

goût étant plus éveillé, il recherche une nourriture plus variée et plus sapid. Son régime favori est un régime mixte où prédominent les viandes. Comme boisson, il use volontiers de bière ou de vins légers.

Ses fonctions de relation sont bien développées. Sa sensibilité est moyenne ; de même, la rapidité de son rythme. Ses muscles sont vigoureux et accomplissent sans peine les plus durs ouvrages. S'il est surtout apte aux travaux qui exigent plus de puissance que de rapidité, il est cependant capable d'allier dans son effort intensité et rapidité, pourvu que ce soit pendant une courte durée (1). Son sommeil, étant réparateur, lui permet des journées bien remplies. Les muscles de ses viscères ont aussi de la vigueur : le cœur se contracte avec énergie, le poulx est fort et ample, la circulation facile, la tension artérielle au-dessus de la moyenne.

L'excrétion est plus développée que chez le type I. Les sécrétions sont abondantes, plus sapides, plus colorées, plus riches en matières extractives.

Les fonctions génitales sont très actives. Précocité, puissance et fécondité. Chez la femme, les règles sont régulières, peu douloureuses et d'abondance moyenne.

TYPE III. — Par la plupart de ses caractères, il s'oppose au type I. Sa prédominance catabolique lui confère des rythmes rapides, un métabolisme basal élevé, et une résistance remarquable aux intempéries du climat.

Les fonctions de nutrition sont, chez lui, au second plan. Il se nourrit de peu, mais il est difficile sur le choix des aliments. Ses digestions sont rapides ; il a besoin de repas plus fréquents que

1. Ces aptitudes particulières sont indiquées par sa Construction, analysée en détail un peu plus loin. Le tronc puissant est la source de réserves importantes d'énergie ; par la masse qu'il donne au corps, il permet les métiers de force (fardiens, lutteurs, haltérophiles). Les membres ont, par contre, un galbe délié, nerveux : ils sont donc aptes à la vitesse. Mais, comme l'a très bien vu le Dr Thooris dans *La Vie par le Stade*, ils sont vites par l'intensité de la contraction musculaire, non par la souplesse. Aussi, quand ils ont de la qualité athlétique, sont-ils surtout aptes à la course de 100 ou de 200 mètres ; au delà de cette distance, ils sont écrasés par leur masse ; on ne trouve aucun sujet de ce type parmi les coureurs de fond.

le type II. Sa préférence va à un régime mixte où prédominent les légumes, les fruits secs, le sucre, les mets sapides et épicés, les vins corsés. Il boit très peu. Ses selles sont sèches et peu abondantes.

Ses fonctions de relation se distinguent par leur vigueur et la rapidité de leur rythme. Sa sensibilité est vive. Ses muscles — quoiqu'ils soient moins volumineux que ceux du type précédent — sont cependant très résistants. Apte aux exercices de force comme à ceux de vitesse, ce type de tempérament se montre infatigable : ses nuits sont courtes, et longues ses journées de travail. Son cœur est bien développé, son poulx tendu, sa tension artérielle moyenne.

Ses sécrétions sont peu abondantes, mais concentrées, très colorées et très odorantes. La peau, organe excréteur très important, est, chez ce sujet, souvent malsaine et boutonneuse, mais elle se défend avec énergie contre les infections.

Ses fonctions génitales sont bonnes. Puberté un peu tardive. Puissance égale à celle du type II, mais fécondité moindre que celui-ci. Chez la femme, règles souvent irrégulières.

TYPE IV. — Nous avons vu qu'un certain état de *faiblesse irritable* caractérisait ce tempérament. Nous allons en retrouver la marque dans toutes les fonctions. Son métabolisme de base étant faible, ce sujet est frileux, et il se calfeutre à l'abri des intempéries.

Ses fonctions de nutrition sont fragiles. Appétit faible et capricieux : il ne mange que quand « cela lui fait plaisir ». Digestions irrégulières et paradoxales : tel aliment, réputé indigeste, « passera » plus aisément qu'un autre, s'il est accepté de « bon cœur ». Nécessité de repas très fréquents : ce sujet doit prendre un goûter. Il ne peut s'alimenter sans user d'excitants : épices, thé, café, dont il fait souvent abus. Il lui faut aussi, à table, une ambiance psychique favorable, faute de quoi les régimes prescrits n'ont aucune efficacité (1).

1. Chez les sujets de ce type, les résultats de l'examen clinique sont souvent *déconcertants*. Ainsi, on trouve aujourd'hui chez un malade du clapotage gas-

Ses fonctions de relation sont caractérisées par la prédominance excessive de la sensibilité sur la motricité. Son impressionnabilité est en effet extrême, entraînant une très grande mobilité du rythme. Mais ses muscles manquent de vigueur et s'épuisent vite à une tâche monotone. De même, son cœur est facilement excité, et accélère son rythme sous l'action des influences les plus minimales, mais il est impuissant à assurer une circulation convenable ; d'autre part, la fréquence des spasmes vasculaires provoque l'anémie des extrémités.

Les fonctions d'excrétion ont, chez ce tempérament, une place plus importante encore que chez le précédent. Ses sécrétions, extrêmement riches en matières extractives, sont très irritantes pour le rein, l'intestin et la peau.

Ses fonctions génitales sont marquées au coin de la faiblesse irritable. Puberté précoce, en tant qu'éveil des sens, mais non en tant que puissance de la fonction. Fécondité faible. Fréquence des perversions.

1 bis. — **Aspect pathologique. Morbidité.** — Les fonctions, à l'état morbide, ne sont pas foncièrement différentes de ce qu'elles sont à l'état de santé. La maladie ne fait le plus souvent que révéler, en l'exagérant, le déséquilibre latent de chaque tempérament. Le fait s'observe avec une particulière netteté dans les affections qui surviennent indépendamment de toute cause extérieure, et qu'on appelle *diathésiques* ou *constitutionnelles*. Mais, même dans les affections *accidentelles*, provoquées par les actions pathogènes du milieu, le tempérament imprime aux troubles son cachet particulier.

Aussi, allons-nous montrer tout d'abord comment, *au sein des* trique, à jeun, et le tubage évacue du liquide résiduel ; mais demain, sous l'écran radioscopique, le même sujet offre un estomac aux contractions très actives d'emblée, et qui se vide rapidement. Prolongez toutefois l'examen en imposant à l'estomac une certaine surcharge ; bien vite, à l'hypertonie, fait suite l'atonie, et l'évacuation s'arrête. Il y a *dystonie*, selon l'expression du Dr N. Fiessinger.

L'influence des émotions est souvent prépondérante dans cette manière d'être si particulière. Une émotion gaie d'intensité moyenne provoque un péristaltisme modéré qui pourvoit à la digestion du repas. Mais pour peu que l'émotion soit forte — joyeuse ou triste, il n'importe — le mets le plus bénin provoque une indigestion, ou même, la gorge et l'estomac se « serrent » au point d'empêcher qu'une seule bouchée soit avalée.

manifestations pathologiques les plus diverses, se retrouvent constamment certaines modalités réactionnelles, caractéristiques du type de tempérament étudié ; et comment ces modalités réactionnelles sont le développement naturel des fonctions qui s'exercent à l'état de santé.

Chez le type I, de par l'insuffisance des fonctions de relation (sensibilité, motricité, métabolisme basal), les maladies sont :

*froides (apyrétiques) et chroniques ;
peu douloureuses ;
asthéniques (fréquence de la défaillance du cœur).*

Elles sont, d'autre part : *exsudatives à tendance suppurante.*

Enfin, elles sont remarquables par l'intensité des *réactions lymphatiques* dont elles s'accompagnent. Ce dernier caractère a servi à désigner notre type de tempérament : *lymphatique.*

Chez le type II et le type III, les actions pathogènes suscitent au maximum les fonctions cataboliques de défense, puisque celles-ci sont bien développées. Il en résulte que leurs maladies sont :

*aiguës et hautement fébriles ;
douloureuses ;
asthéniques.*

Mais ces deux types se différencient l'un de l'autre par des modalités réactionnelles particulières :

Chez le type II, les affections sont *exsudatives à tendance hémorragique*, et elles affectent surtout, avec les poumons, *l'appareil cardio-vasculaire*. Ces deux caractères légitiment l'épithète de *sanguin* appliquée à ce tempérament.

Chez le type III, les affections ne sont pas exsudatives, mais *sèches et spasmodiques* ; et elles touchent particulièrement le système *hépato-biliaire* ; d'où est venue la dénomination de *Bilieux*.

Chez le type IV, la prédominance morbide de la sensibilité rend compte à la fois de la fréquence des troubles éprouvés, et de leurs caractères. Ils sont en effet :

*opiniâtement douloureux ;
spastiques ;*

apyrétiques ;
chroniques et irréguliers dans leur évolution.

Chez ce tempérament, il semble que le système nerveux régente l'économie tout entière ; et cette observation a conduit à l'appeler *nerveux*.

* * *

TYPE I. — Chez le type I (lymphatique), nous allons insister tout particulièrement sur les modalités réactionnelles, car celles-ci dominent les symptômes et l'évolution de toutes les maladies.

La tendance exsudative séreuse ou purulente entraîne des *écoulements muqueux* interminables (diarrhées, leucorrhées, rhinorrhées, otorrhées), ainsi que des *suppurations* froides et prolongées.

L'asthénie se signale par l'atonie des sphincters, par la fréquence des *paralysies*, des *hernies*, de la *défaillance du cœur* (lipothymies, syncopes, mort subite), et des vaisseaux (œdèmes).

L'appareil de la vie de relation est fragile et se défend mal contre les actions morbides du milieu. Ainsi, la peau et les muqueuses devant les influences nocives des agents physiques et microbiens ; d'où la fréquence de l'érythème solaire, des engelures, des conjonctivites et des blépharites ; les plaies se cicatrisent avec lenteur, et, si elles s'infectent, elles suppurent interminablement. Il en est de même des muscles et des ligaments ; d'où la fréquence des entorses.

Par contre, l'appareil lymphatique, dont le développement est parallèle à celui des fonctions anaboliques, est particulièrement bien développé et il se défend avec énergie contre les infections.

Affections diathésiques. — Elles résident surtout dans l'exagération du métabolisme habituel de ce tempérament, entraînant la prédominance presque exclusive des fonctions d'épargne. De cette prédominance résultent, le plus souvent associées,

l'obésité et *l'anémie* (1). Cette obésité est diffuse : elle infiltre les membres aussi bien que le tronc (cf. morphologie) ; elle s'accompagne d'une pâleur extrême des téguments, d'une asthénie profonde, et d'insuffisance génitale (aménorrhée chez la femme).

Affections accidentelles. — Il est ici très difficile de distinguer les affections accidentelles de celles qui ont leur source dans le tempérament, car elles ont un cours insidieux et lent, et se prolongent, elles aussi, interminablement, si bien que les altérations qu'elles déterminent peu à peu dans la constitution finissent par faire partie intégrante de celle-ci (2).

Tantôt, ces maladies accidentelles sont traumatiques : ainsi les engelures, les entorses, etc. ; nous en avons déjà parlé.

Tantôt, elles sont d'origine microbienne ; elles comprennent des infections soit *banales*, soit *spécifiques*, dont la localisation se fait principalement dans le tissu lymphatique.

Les germes banaux provoquent des adénoïdites, des amygdalites compliquées parfois d'otorrhées, des appendicites ; la réaction ganglionnaire est constante, sous la forme d'une grosse adénite simple ou suppurée, et, fait important, elle persiste de longs mois après la guérison de la lésion primitive. Les dermatoses affectent chez ce type une forme particulièrement suintante et peu prurigineuse.

Les infections spécifiques sont au nombre de deux :

1. Des deux éléments principaux du sang, la lymphe et les globules rouges, le premier est en effet lié à l'anabolisme, le second au catabolisme. Quand la lymphe prédomine sur les hématies, le sang est plus riche en eau et en leucocytes qu'à l'état normal, mais plus pauvre en globules rouges et en hémoglobine.

2. Ces altérations réalisent *l'habitus scrofuleux* (Cf. morphologie) : l'état d'infection quasi-chronique du tissu lymphoïde du derme et de l'hypoderme détermine la bouffissure des traits, l'épaississement des ailes du nez, de la lèvre supérieure ; la tuméfaction du tissu adénoïde, du cavum crée les végétations, qui contribuent à altérer le facies.

Aussi, certains auteurs veulent-ils voir dans l'hypertrophie générale du tissu symphatique chez ce tempérament, le *résultat* d'une infection répétée et atténuée de ce tissu (infection banale ou tuberculeuse). C'est, selon nous, prendre l'effet pour la cause, et admettre ce qui est en question : à savoir les raisons qui localisent aussi aisément l'infection sur les adénoïdes et les ganglions, et empêchent la résolution des tuméfactions ainsi produites. L'*habitus scrofuleux* n'est en réalité que l'exagération d'une disposition normale chez ce type de tempérament.

La syphilis héréditaire, particulièrement dans ses localisations cutanées, ganglionnaires et osseuses (formes scrofuloïdes de la syphilis).

La tuberculose, qui, épargnant les poumons (1), se fixe sur les ganglions (notamment ganglions trachéo-bronchiques et ganglions superficiels (2), sur la rate (splénomégalie), sur les os (tumeurs blanches, caries osseuses), et plus rarement dans le tégument (gommes). D'évolution *caséuse* et *froide*, elle s'accompagne souvent de suppurations qui durent de longues années, mais elle guérit habituellement, laissant à la peau des cicatrices disgracieuses. Au point de vue clinique, dans cette affection, le mode réactionnel du tempérament n'est pas loin de primer l'étiologie ; aussi, le diagnostic différentiel des écoulements d'oreille, des adénites suppurées, des abcès cutanés, de la kératite phlycténulaire d'origine tuberculeuse avec ceux qui relèvent d'une infection banale, est-il souvent très difficile.

Ces deux groupes d'affections (syphilis et tuberculose) ont été réunis par les auteurs classiques sous l'étiquette de manifestations *scrofuleuses*. Les études microbiologiques récentes ont démembré le cadre de la scrofule, en rapportant les lésions de celle-ci, tantôt au bacille de Koch, tantôt au tréponème, tantôt à des pyogènes banaux. Ces distinctions fondées sur l'étiologie sont justes, mais il n'en faut pas exagérer l'importance, car, bien que leur origine soit variable, toutes les manifestations de la scrofule ont en commun des caractères particuliers qui tiennent au terrain sur lequel elles ont germé.

De ce type morbide doit être rapproché, selon nous, celui qu'a visé PALTAUF en décrivant son *Status thymo-lymphaticus*, se manifestant par la *mort subite*, dès le premier âge et dans les circonstances les plus diverses, chez des sujets à aspect de « rachitique floride ».

1. Quoique rare, la tuberculose pulmonaire peut cependant s'observer chez ce tempérament. Elle prend, elle aussi, une forme caséuse et froide, qui détermine la mort sans réaction apparente de l'organisme.

2. Ecrouelles des anciens auteurs.

TYPE II. — Chez le type II (sanguin), les maladies sont, comme nous l'avons dit, aiguës et fébriles ; elles ont, de plus, une tendance très marquée à une évolution *cyclique*, terminée par une *crise*. Nous allons retrouver les modalités réactionnelles de ce tempérament dans toutes les affections qu'il contracte.

La tendance exsudative-hémorragique est liée à la *pléthore*. Elle se manifeste par des *hémorragies* de toutes sortes (épistaxis, hémoptysies, métrorragies, flux hémorroïdaires). Certaines de ces hémorragies peuvent, par leur localisation, revêtir une gravité particulière : ainsi l'hémorragie cérébrale, cause fréquente de mort vers la cinquantaine. Par suite de cette même tendance congestive, les plaies se réparent avec rapidité en formant des bourgeons charnus et saignants (1).

Par ailleurs, ce tempérament est celui des affections aiguës à début brutal, douloureux et fébrile, et tous les symptômes traduisent avec netteté le caractère sthénique de ses réactions de défense (caractère qu'il partage avec le type III).

Ces modalités réactionnelles se retrouvent tout d'abord dans les :

Affections diathésiques. — Celles-ci sont nombreuses. L'excès des fonctions anaboliques produit, comme chez le type I, l'*obésité*. Mais, pendant très longtemps, les fonctions cataboliques s'exercent d'une manière satisfaisante ; aussi, les obèses de ce type sont-ils très différents de ceux que nous avons décrits ci-dessus. Tout d'abord, l'embonpoint est moins diffus : il respecte les membres (cf. Morphologie) ; en second lieu, cet embonpoint s'allie à une grande vigueur physique et à un teint très coloré.

La déviation nutritive qui est la conséquence de l'excès des fonctions d'épargne, engendre encore les manifestations si diverses dont on fait d'ordinaire le lot de l'*arthritique gras* (2),

1. « Pour l'abondance de leur sang, qui est chaud et humide, les sanguins, dit Ambroise Paré, sont plus sujets à bourgeonner que le reste des hommes ». 1^{er} Livre de l'Introduction à la Chirurgie.

2. Selon Bouchard, l'arthritisme serait dû à un ralentissement de la nutrition. Mais c'est là une condition trop banale pour servir à caractériser utilement un groupe morbide ; aussi a-t-on réuni dans le cadre de l'arthritisme les troubles les plus disparates. Nous tentons ici une distinction utile, encore que grossière,

c'est-à-dire : la congestion hépatique (avec gros foie) dite « des gros mangeurs », la goutte, le diabète gras, les lithiases biliaire et rénale. Affection diathésique encore, car ils résultent de la seule évolution du tempérament, les *troubles cardio-vasculaires* qui sont l'aboutissant de la pléthore, et qui sont souvent responsables d'une fin prématurée (asystolie par insuffisance ventriculaire gauche).

Les *affections accidentelles* sont : — tantôt des *infections banales* : abcès chauds, furoncles et anthrax, angines érythémateuses ou herpétiques, survenant de préférence au printemps ou à l'automne ; — tantôt des *infections spécifiques*, dont les plus fréquentes sont l'érysipèle, la scarlatine, et surtout la *pneumonie franche aiguë*, le type de la maladie du sanguin. Ce tempérament paie à l'*infection grippale* un tribut particulièrement lourd.

La tuberculose est chez lui peu fréquente, mais, quand elle l'atteint, elle prend une forme caséuse, fébrile et hémoptoïque, et elle entraîne une mort rapide. Enfin, il semble que la tendance des tissus à proliférer soit la source, chez ce tempérament, de néoplasies diverses. Le cancer est en tous cas fréquent, surtout dans sa localisation digestive.

TYPE III. — Le type III (bilieux) partage quelques-unes des modalités réactionnelles du précédent. Mais, chez lui, la tendance exsudative est nulle, remplacée par une tendance aux réactions spasmodiques et douloureuses. Ces caractères se remarquent en premier lieu dans les :

Affections diathésiques. — L'appareil de la vie de relation est vigoureux, et la maladie le touche peu : il est toutefois le siège de fréquentes douleurs (rhumatisme, sciatique..., etc.). Les fonctions de nutrition sont, par contre, moins résistantes : leur insuf-

entre l'Arthritisme gras et l'Arthritisme maigre, apanages, le premier du type II, le second du type IV. Qu'il y ait entre ces deux types de fréquentes alliances, nous en convenons bien volontiers, et nous verrons, dans une étude ultérieure, en examinant l'Évolution du Tempérament, comment de telles alliances se réalisent. Il n'en reste pas moins que la dénomination de *neuro-arthritisme*, créée par Charcot et Féré, a consacré une confusion malheureuse entre deux types distincts. Allendy (*Tempéraments*, p. 211) l'a très bien vu.

fisance est la cause de la *maigreur* habituelle des sujets de ce type ; d'autre part, elle les prédispose aux troubles morbides de nature spasmodique : spasme du pylore, crampes douloureuses gastriques, constipation spasmodique, spasmes biliaires avec « dévoiements » de bile (diarrhée bilieuse, vomissements bilieux, subictère). Un degré de plus, et c'est tantôt l'*ulcère digestif*, tantôt l'*insuffisance hépatique*, avec petit foie et subictère, et dont relève en particulier l'intolérance du sujet aux corps gras ; sous une forme atténuée, cette insuffisance hépatique se manifeste parfois dès l'enfance, réalisant l'*état cholémique* de Gilbert et Lereboullet (1).

Si les tissus du type II ont une tendance à bourgeonner, par contre, ceux du type III offrent une tendance inverse à la *sclérose*. Cette tendance rend compte de leur immunité à la tuberculose, cette affection revêtant chez eux le type fibreux et chronique. De même la syphilis.

Affections accidentelles. — Peu nombreuses, elles se caractérisent, comme nous l'avons dit, par l'intensité des manifestations digestives dont elles s'accompagnent, et par la fréquence avec laquelle elles laissent après elles des troubles hépatiques. Ce tempérament est surtout sujet à la *Fièvre typhoïde*, au *Paludisme* et aux *Ictères infectieux*.

TYPE IV. — Des modalités réactionnelles de ce tempérament, la plus importante est sans contredit celle que lui confère l'extrême exaspération de sa sensibilité. Il faut, en effet, opposer l'intensité et la fréquence des troubles *opiniâtement douloureux* à la faible importance des lésions organiques. Ces sujets ne font que de « petites maladies », et leur entourage dit d'eux : « Ils sont toujours souffrants, mais il est rare qu'ils soient vraiment

1. Comme pour la Scrofule, comme pour l'Arthritisme, on a voulu voir à l'origine de la Cholémie un état d'infection microbienne (Gilbert et Lereboullet : diathèse d'infection biliaire). Mais le fait qu'on trouve des microbes dans la bile de certains sujets, et cet autre fait que certaines poussées cholémiques s'accompagnent de frisson et de fièvre — ne prouvent nullement que l'infection soit le *primum movens* des troubles. Ces deux faits nous font voir que les microbes vivent et se multiplient partout où le terrain fléchit, et c'est dans le tempérament qu'il faut chercher avant tout les raisons de ce fléchissement.

malades ». Cette disproportion qui existe entre la lésion, toujours discrète, et la douleur, toujours intense, comporte plusieurs conséquences : En premier lieu, elle explique ce fait au premier abord paradoxal que les sujets de tempérament nerveux, malgré leur aspect misérable, puissent atteindre un âge très avancé. En second lieu, sa connaissance permet au médecin de mieux comprendre son malade ; trop fréquemment, devant l'impossibilité d'étiqueter un trouble, de le ranger dans un des cadres nosologiques qu'on lui a enseignés, le praticien s'irrite, et, reportant son irritation sur celui qu'il soigne, l'accuse bientôt d'être un « psychique » — avec tout le mépris railleur que cette appellation comporte si souvent. S'il sait au contraire reconnaître, par ses signes propres, le tempérament nerveux, il ne s'étonnera pas qu'une faute d'hygiène, qu'un écart de régime, qu'un choc émotif ou traumatique, produisent chez ce sujet, non pas les symptômes qu'on est en droit d'attendre de ces causes, mais un trouble du système nerveux sensitif, sous la forme d'une *névralgie tenace*. Il évitera aussi de s'alarmer devant l'intensité de la douleur, et surtout de communiquer ses alarmes au patient, en lui parlant de la possibilité d'une affection grave, car, plus qu'aucun autre, ce tempérament a besoin du réconfort des bonnes paroles, et l'inquiétude où peuvent le plonger des réserves pronostiques, risquerait fort de perpétuer le trouble douloureux.

La fréquence des *spasmes* est aussi à mettre au premier plan : spasmes toniques, spasmes cloniques ou convulsions. Ainsi, ce tempérament est sujet aux crampes musculaires, aux spasmes des vaisseaux, au spasme glottique entraînant la suffocation. Chez lui, encore, pour une inflammation minime des bronches ou de la trachée, la toux prend un caractère quinteux, presque coqueluchoïde, et persiste bien après la cause qui l'a produite.

Affections diathésiques. — L'exagération du métabolisme nutritif de ce type produit des états de *maigreur* extrême, dont aucun régime ne vient à bout. La disposition aux spasmes digestifs observée chez le type III est plus marquée encore chez

celui-ci ; de même, on voit fréquemment l'*ulcère de l'estomac* après un long passé de dyspepsie neuro-motrice. Mais surtout, deux grandes diathèses sont le lot de ce tempérament : la diathèse névropathique et la diathèse scléreuse.

La *diathèse névropathique* se manifeste par des névralgies et des spasmes de toutes localisations, par des tics, du bégaiement, du strabisme concomitant, et par de fréquents déséquilibres du système nerveux végétatif. Elle semble favoriser l'épilepsie, et la plupart des maladies organiques du système nerveux (en particulier les chorées). Elle conditionne encore des idiosyncrasies pour certains aliments et certains médicaments ; aussi, faut-il être, avec ces sujets, d'une prudence thérapeutique toute particulière, et toujours user de faibles doses (1).

La *diathèse scléreuse* (*arthritisme maigre*) se manifeste par : des affections cardiaques constitutionnelles (type rétrécissement mitral congénital) ; — un état de sénilité précoce des tissus (artério-sclérose, surdité, cataracte, fractures par fragilité des os, gangrène sèche, etc...).

Affections accidentelles. — Elles sont fort rares en comparaison des affections diathésiques. La plupart des maladies contagieuses, en particulier les fièvres éruptives et la tuberculose, épargnent habituellement ce type de tempérament. Chez l'enfant, il faut mentionner l'aptitude particulière au *délire* et aux *convulsions* au cours de toute maladie (forme très convulsive de la toux, laryngite striduleuse, coqueluche intense, quoique apyrétique, pseudo-méningite vermineuse).

2. — **Aspect morphologique.** — C'est l'aspect visible du tempérament, et sa connaissance est précieuse, car elle permet, au premier coup d'œil, de situer un malade dans les cadres que nous traçons ici (2). Nous avons représenté les quatre tempéra-

1. Cf. aussi Aspect psychologique morbide.

2. La préoccupation constante du Clinicien, nous l'avons vu déjà au début de cet ouvrage, c'est d'être à même de connaître, par l'examen des aspects visibles, les fonctionnements cachés. S'il nous fallait, en effet, pour estimer le tempérament d'un sujet, procéder à une exploration complète de ses fonctions physiologiques, nous serions dans l'impossibilité pratique de le faire, faute de

ments mixtes, ainsi que le tempérament idéal, dans une planche qui donne les traits généraux de leur structure. Afin qu'ils soient mieux compris, nous allons souligner ces traits par un commentaire, en ajoutant certains détails que les figures ne font pas voir (fig. de 1 à 7).

TYPE I. — On imagine mal le lymphatique debout. Il se tient le plus souvent assis ou couché, affaissé sur lui-même. Il est gros et court ; l'embonpoint envahit tout son corps, tronc et membres.

Le tronc forme une « boule » ; le bassin et le ventre sont larges et épais ; le thorax, quoique moins étendu, est cependant vaste, mais plus large en bas qu'en haut ; la ligne des épaules est tombante.

Les membres sont courts, épais et d'une seule venue (jambes « en poteaux ») ; les os et les muscles en sont gros, mais de texture peu résistante ; la graisse, en efface tous les reliefs. Le pied est court et potelé. De même la main, dont la paume est large, épaisse et molle, le pouce petit, les doigts boudinés.

temps. Se limite-t-on à l'étude d'une fonction privilégiée ? Aussitôt, on verse dans l'arbitraire, faute de considérer l'ensemble du problème. Mêmes remarques concernant les dosages chimiques pratiqués sur le sang ou les urines, et les tests endocriniens par injection d'extraits organiques ; les tentatives pour fonder sur ces méthodes le diagnostic du tempérament nous paraissent vouées à l'échec, car elles abordent le problème par son côté le plus difficile et le plus obscur.

Nous pensons, par contre, que la vue, — notre sens synthétique — permet seule d'embrasser l'Organisation d'un sujet, et, qu'en conséquence, la Clinique morphologique, seule, est susceptible de permettre le diagnostic sûr et rapide qu'exige la pratique médicale. En accord avec cette pensée, nous avons donné une ampleur toute particulière à la description morphologique de nos types de tempérament. Dans la plupart des ouvrages qui traitent de ce sujet, une telle description fait défaut. En particulier, elle n'est qu'à peine ébauchée — et d'ailleurs souvent inexacte — dans les livres d'Allendy et de Carton, et l'œuvre de ces auteurs, quoique renfermant d'excellentes parties, se trouve être par là fort incomplète.

Dans les descriptions qui vont suivre, nous n'avons fourni sur les mesures du corps que des données très générales. Le lecteur s'étonnera, peut-être, que l'Anthropométrie y tienne si peu de place. C'est qu'en réalité, dans le diagnostic du tempérament, les mesures n'ont qu'une importance secondaire : « Elles sont au diagnostic, dit le Dr Thooris dans son excellent livre (*loco citato*), ce que le trait est au mot qu'il souligne ». Et, plus que les mesures, ce qui importe, ce sont les proportions d'ensemble et les détails structuraux de chaque partie, sur lesquels nous nous sommes longuement étendus. On verra le plan que nous avons adopté pour ces descriptions. Tout d'abord, les traits généraux de la structure. Puis la description du tronc et des membres. En troisième lieu, la peau et les phanères. Enfin le visage dans tous ses détails.

Tout, dans la construction de ce type, exprime la mollesse : les chairs sont épaisses et flasques ; les articulations, dont les ligaments sont faibles, se disloquent et prennent les attitudes les plus anormales (pieds en dedans, *genu valgum et cubitus valgus* cf. figure 1).

La peau est d'un blanc laiteux, souvent grasse (séborrhéique), et froide au toucher ; les muqueuses sont d'une pâleur livide ; le système pileux est très peu développé, la peau est glabre, celle du tronc comme celle du visage.

La tête est volumineuse, petite boule unie à la grosse boule du tronc par un cou très court. Le visage est en « pleine lune » ; il est gras, blafard et imberbe (fig. 3).

La mâchoire inférieure est grande, dessinant un large demi-cercle ; les contours en sont effacés par une épaisse couche de graisse, qui gonfle les joues et forme un menton à triple saillie. Les lèvres sont épaisses, molles, tombantes et d'une pâleur bleutée ; la bouche « bée ».

Le nez est court et épâté ; seul, un lobule arrondi se détache du plan du visage, flanqué d'ailes charnues et peu mobiles.

Le front est très grand : il dessine un vaste segment de sphère, qu'aucune saillie osseuse n'accidente ; la ligne des cheveux, qui le limite en haut, est reportée très en arrière et le « dégage ». Les cheveux sont blonds, fins et peu abondants ; de même les sourcils qui tracent, haut sur le front, une ligne très arquée. L'œil est gros, « en boule », et « à fleur de tête » ; la prunelle en est bleu-vert clair, la pupille largement dilatée, la sclérotique bleutée ; la paupière supérieure tombe au-devant comme un rideau ; les cils sont longs et soyeux, le regard est embué, vague et rêveur.

L'oreille est ronde, épaisse, et porte un lobule très charnu.

La physionomie est douce et sans expression. L'atonie des muscles peauciers, masticateurs et moteurs de l'œil contribue pour la plus grande part à donner à ce type son masque *hébété* (1).

1. Il est fort vraisemblable que la dénomination de Scrofuleux, dérivée du latin *scrofa* = truie, est venue à ce type de tempérament, par la constatation d'une analogie grossière, mais réelle, entre ses formes et celles de la race porcine.

Certains auteurs décrivent le Lymphatique, comme un sujet grand et flexi-

TYPE II. — Le sanguin, tout au contraire, produit une impression de vigueur. Il se tient droit. Il est d'un poids au-dessus de sa taille. Il atteint par exemple 70 à 80 kgr. pour une taille de 160 cm., — 80 à 90 kgr. pour 170 cm., et il peut dépasser ces chiffres. Sa corpulence provient surtout de l'*embonpoint de son tronc*.

Il a en effet le tronc massif, très développé dans ses trois diamètres, plus long et moins épais toutefois que le type précédent ; le ventre est arrondi et proémine franchement ; le thorax est « carré », large et épais ; il est aussi bien développé dans sa partie haute que dans sa partie basse, et la ligne des épaules est droite. L'indice de robusticité de Pignet, atteint chez ce type ses valeurs les plus élevées : on le calcule en soustrayant de la taille, exprimée en cm., le poids en kilos et le tour de poitrine. Chez le sanguin, il n'est pas rare que ce coefficient s'exprime par un chiffre négatif (ainsi $160 - 80 - 100 = -20$). Ces valeurs négatives et les valeurs positives de 0 à 10, correspondent à une bonne robusticité. L'usage de cet indice s'est généralisée dans les conseils de révision et la corpulence du sanguin lui vaut de n'être jamais refusé au service militaire.

Les membres sont plus courts que le tronc ; il en résulte que, si l'envergure est bonne, car elle est la somme de la longueur des bras et de la largeur des épaules, par contre la « fourche » est basse, et la foulée courte (1). De plus, les membres ont un galbe « nerveux », grâce à l'excellent développement des muscles et à l'absence de pannicule adipeux ; ce dernier, toutefois, engaine la racine des membres là où celle-ci se détache du tronc, mais il en épargne toujours le segment distal (poignet

ble, pourvu de longues jambes, d'une peau blanche et fine sous laquelle transparaissent les lacis veineux. Il s'agit là, à notre avis, d'un Lymphatique transformé par l'évolution et mélangeant en proportions variables les caractères du type décrit et ceux du nerveux. Nous y reviendrons dans une étude ultérieure.

1. L'envergure est mesurée par la distance qui sépare les extrémités des mains quand les membres supérieurs, complètement étendus, sont placés en croix. La fourche est le sommet de l'angle que font les deux jambes lorsqu'elles s'écartent l'une de l'autre ; ce sommet est haut placé chez les jambes longues, bas placé chez les jambes courtes. La foulée, ou longueur moyenne du pas, en résulte directement. Chez ce type de tempérament, ainsi que nous l'avons vu à l'étude physiologique, la vitesse en course est obtenue, non par la longueur de la foulée, mais par l'intensité et la fréquence du bond (Cf. Theoris).

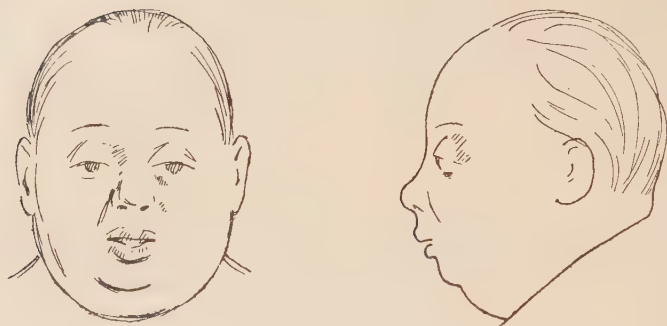


Fig. 3 (type I)

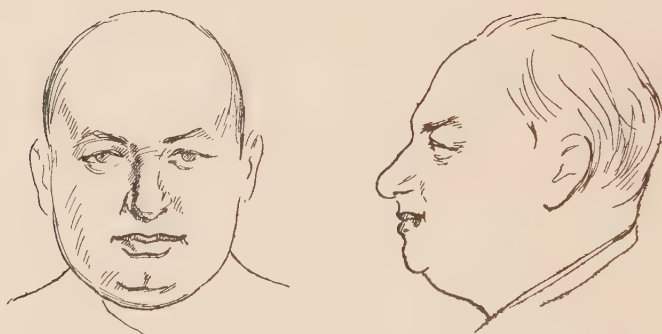


Fig. 4 (type II)

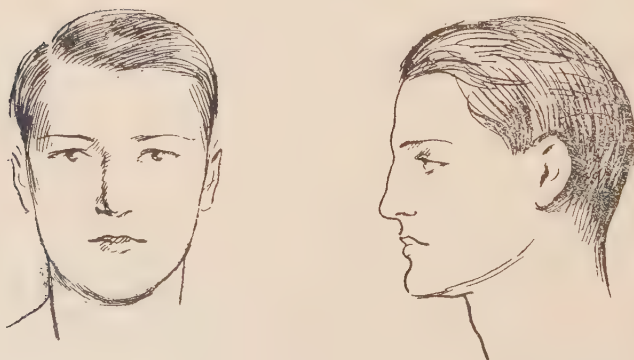


Fig. 5 (Canon)

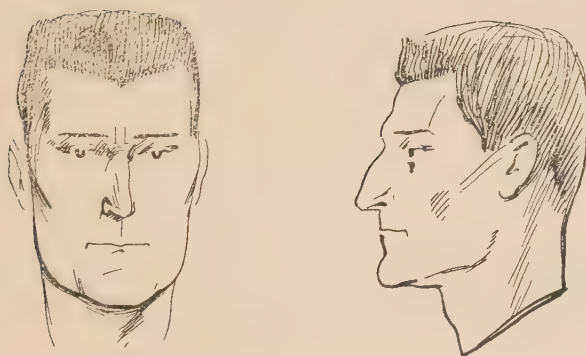


Fig. 6 (type III)

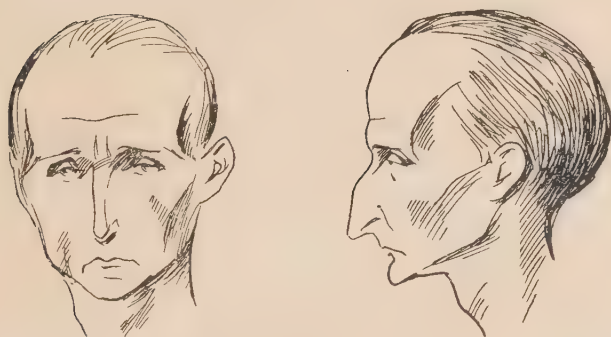


Fig. 7 (type IV)

MORPHOLOGIE DES TEMPÉRAMEENTS. LES VISAGES

fin, cheville fine). Il en résulte, entre le tronc et les membres, un contraste morphologique très frappant sur lequel nous avons insisté déjà. La main et le pied sont charnus et petits, si on les compare à l'ensemble du corps. La paume de la main est épaisse et résistante ; les doigts sont plutôt courts, renflés à leur racine, arrondis à leur extrémité ; le pouce est bien développé, de longueur moyenne.

La peau du sanguin est d'un blanc-rosé, d'un contact doux et chaud. Elle est épaisse, parfois acnéique, et recouverte d'un follet abondant qui, chez l'homme, se développe en poils épais et nombreux. Ces poils, qui sont ondulés et offrent toutes les gammes du châtain, sont très abondants aux membres et à la face antérieure du tronc, couvrant parfois cette dernière d'une toison épaisse.

La tête est bien développée ; elle est unie au tronc par un cou trapu, massif. Le visage est proportionné, et dessine un rectangle à angles arrondis ; il est plein, bien en chair, de teint très coloré (rouge). Chez l'homme, il porte une barbe et des moustaches bien fournies, contrastant avec une calvitie précocement étendue (fig. 4).

La mâchoire est large, enveloppée d'embonpoint ; elle porte un double menton. La bouche est grande ; les lèvres sont épaisses et fermes, d'un dessin harmonieux, d'une belle teinte vermeille ; la lèvre inférieure déborde l'autre en avant. Les dents sont grandes, saines, et d'un bel émail.

Le nez est « lourd », droit ou convexe ; son lobule est épais, ses ailes charnues et bien mobiles.

Le front est vaste, un peu incliné, de modèle ondulé (1) (en particulier saillie des arcades sourcilières). Les sourcils sont légèrement arqués et disposés au voisinage de l'œil ; ils portent des poils très abondants et de teinte généralement plus foncée que les cheveux (2). L'œil est gros, moins toutefois que celui du

1. Le modelé ondulé est formé de courbes sinueuses, se prolongeant sans heurt les unes dans les autres, donnant une impression de facilité et d'harmonie qui fait défaut aux modelés plats et ronds (Cf. Sigaud, *La Forme humaine*).

2. C'est ainsi que souvent, les sourcils gardent leur teinte tandis que les cheveux grisonnent.

type I ; il n'est ni saillant, ni « creux » ; la prunelle en est bleue ou châtain clair, la pupille moyennement dilatée, la sclérotique souvent injectée de sang. La paupière supérieure est infiltrée de graisse et forme souvent un bourrelet oblique, qui barre l'angle externe de l'œil.

L'oreille est grande, charnue et rouge ; le lobule en est très développé, et souvent garni de longs poils.

La physionomie exprime la joie de vivre : elle est expansive et souriante. Le regard est franc et animé.

TYPE III. — Le bilieux a des caractères assez différents de ceux du sanguin, et presque en tout opposés à ceux du lymphatique. Il est de haute taille (type long) et de corpulence moyenne. Contrairement au précédent, il est maigre, mais ses os et ses muscles sont très développés et d'une grande densité. Aussi, son poids, sans avoir les valeurs indiquées chez le type II, est-il cependant élevé : il atteint aisément 65 à 70 kgr. pour une taille de 160 cm., et 75-80 kgr. pour 170 cm. La silhouette est élancée, à la fois par la prépondérance des diamètres de longueur sur ceux de largeur, et par l'allongement des membres.

Le tronc est en effet un peu plus court que les jambes. Lorsqu'on le compare à celui du sanguin, il apparaît diminué dans toutes ses dimensions ; mais, tandis que le ventre et le bassin sont étroits et aplatis, par contre, le thorax, haut, large et d'une épaisseur moyenne, peut soutenir la comparaison avec celui du précédent. Le tour de poitrine, sans atteindre une valeur très élevée, n'en reste pas moins autour de 90 cm. ; aussi l'indice de Pignet traduit-il encore une bonne robusticité (par exemple : $160 - 65 - 90 = + 5$).

Les membres sont très développés en longueur : l'envergure est donc grande, la fourche haute, la foulée longue (1). Ils ont un aspect très différent de ceux du type II. Alors que, chez ce der-

1. Le sanguin est haut de buste et paraît grand assis ; sur un siège un peu élevé, ses pieds n'arrivent pas au sol. Au contraire, le bilieux ne prend toute sa taille que debout ; lorsqu'il est assis, il embarrasse ses voisins de ses longues jambes. Ce dernier est le coureur de fond, qui gagne par la longueur de sa foulée et par sa résistance à la fatigue.

nier, ils sont de forme conique : renflés à leur racine, amincis à leur extrémité. chez le type III, ils sont de calibre sensiblement uniforme : racine plus mince, extrémité plus épaisse que chez le précédent. Ceci est dû au développement intense de l'ossature et des muscles, et à l'absence presque complète de graisse. Cette dernière condition est responsable aussi du modelé, qui est ici voisin de l'« écorché » : la peau, dont la doublure graisseuse est très mince, épouse tous les reliefs et toutes les dépressions qu'elle recouvre, et elle laisse saillir en cordons les veines superficielles. Les membres inférieurs présentent d'ordinaire une légère courbure qui les écarte l'un de l'autre (varus physiologique) (1). Le pied est long, la pointure forte. La main est longue aussi et de consistance dure : paume allongée, creuse et ferme ; doigts longs et « noueux » à leurs articulations ; pouce très grand et bien détaché des autres doigts.

La peau est chaude et sèche au toucher ; sa teinte varie du blanc-mat au jaune sale. Le système pileux est bien développé, à la tête comme au tronc (2) : les poils sont gros, plats et de teinte noire.

La tête est petite ; elle s'attache au tronc par un cou allongé et fortement musclé, dont la « pomme d'Adam » est en relief. Le crâne est court, d'occiput peu saillant. Le visage est en forme de rectangle allongé et les saillies osseuses y sont très accusées (fig. 6).

La mâchoire est de largeur moyenne, mais elle est très élevée ; le menton est haut et forme parfois « ganache » ; les joues sont plates ; la bouche est grande ; les lèvres sont épaisses, dures et de teinte rouge foncé ; les dents sont grandes et souvent jaunes. La barbe est, chez l'homme, bien fournie : chez la femme de tempérament bilieux, un duvet noir ombre la lèvre supérieure.

Le nez est haut et étroit ; de profil, il apparaît aquilin, saillant sur le plan du reste du visage ; les narines sont en fente

1. Cette disposition, dit le Dr Thooris (*loc. cit.*) est favorable au coureur, car elle lui évite l'*essoulement*, c'est-à-dire, l'usure par le frottement de la peau qui recouvre la face interne des cuisses.

2. L'appareil pileux du tronc n'a pas été figuré, pour ne pas surcharger le dessin ; il est cependant parfois aussi bien développé que chez le type II.

allongée, les ailes du nez légères et frémissantes. Les pommettes sont « osseuses » et font un relief très accusé.

Le front est petit, en forme de rectangle que limitent, latéralement la saillie des crêtes temporales, et, en haut, la ligne d'insertion des cheveux, dessinant une pointe médiane ; de profil, le front est incliné, « fuyant », et soulevé à sa partie inférieure par un relief très accentué : celui des bosses sourcilières. Les cheveux sont drus, souvent portés « en brosse » et la calvitie est exceptionnelle. Les sourcils sont droits et insérés juste au-dessus de l'orbite ; entre eux, sur la ligne médiane, se dessinent avec l'âge deux rides verticales. L'œil est petit et assez profondément enfoncé dans l'orbite ; la prunelle en est châtain foncé ou brun (œil dénommé « noir »), la pupille est étroite, la sclérotique jaunâtre.

L'oreille est peu charnue, longue et étroite, fortement inclinée sur l'horizontale.

La physionomie est énergique, et la rectitude des traits exprime le calme, la domination de soi-même et des autres. Le regard est positif, sec, perçant et plein d'une ardeur contenue.

TYPE IV. — Le nerveux est tantôt grand, tantôt petit, mais, quelle que soit sa taille, il est de corps grêle et élancé (type long) ; aussi, produit-il une impression de fragilité. Son attitude est, en tous points, opposée à celle du bilieux : souvent inclinée et gracieuse, elle n'indique jamais, comme chez le précédent, le calme et la vigueur. L'ossature étant fine et l'embonpoint absent, la masse du corps est faible.

Le tronc est allongé, étroit et aplati d'avant en arrière ; l'abdomen laisse voir ses limites osseuses, le thorax est étriqué. Souvent, la poitrine est creuse, tandis que le dos fait une forte saillie ; par compensation, la région lombaire est très cambrée et sa cambrure s'accuse encore quand le sujet porte les épaules en arrière, dans un effort pour se redresser. De cette construction du tronc, résulte une silhouette flexueuse et penchée en avant. Il en résulte encore que l'indice de Pignet correspond à une très faible robusticité (par exemple $158 - 48 - 80 = + 30$) ; aussi,

les sujets de ce tempérament sont-ils d'ordinaire refusés par les conseils de révision.

Les membres sont grêles et allongés ; les ceintures musculaires qui les attachent au tronc sont peu développées ; aux membres mêmes, les muscles sont de faible volume, allongés en fuseau et pourvus de tendons très déliés qui leur confèrent une grande agilité. Le pied est allongé, maigre et osseux ; de même la main, qui est étroite et grêle : paume peu développée ; doigts longs, minces, légèrement noueux et très déliés ; pouce grêle, mais bien détaché et très agile.

La peau est d'un blanc-grisâtre, de contact froid et sec ; elle se ride précocement ; elle est résistante, et recouvre, sans aucune interposition de graisse, le relief des muscles sous-jacents. Le système pileux est pauvre : le corps est presque glabre ; chez l'homme, la barbe est peu fournie et irrégulièrement distribuée ; les cheveux, plus abondants, sont fins, secs, cassants et de teinte grisâtre.

La tête est grosse ; elle est unie au tronc par un cou long et grêle. Le crâne est volumineux. Le visage est petit, sauf dans sa partie frontale : il dessine un triangle à pointe inférieure ; il est souvent asymétrique. Maigre, il est cependant peu « osseux », et il n'offre aucun de ces reliefs accentués qui donnent au bilieux son masque d'énergie ; il semble au contraire usé, tant les traits sont effacés (fig. 7).

La mâchoire est étroite et fine, le menton pointu et de faible hauteur ; la bouche est petite et crispée, les lèvres minces, aux coins affaissés ; les dents tombent précocement.

Le nez est moyen ou grand ; il est très étroit (en « lame de couteau ») ; de profil, il est irrégulièrement convexe (crochu ou bossu) et saillant sur le plan du reste du visage ; le bout en est pointu, les narines en fente étroite ; les ailes du nez, recroquevillées sur elles-mêmes, découvrent la sous-cloison. Les pommettes ne font qu'une faible saillie.

Le front est vaste, en forme de trapèze à base supérieure ; il comprend deux parties, l'une inférieure, l'autre supérieure en continuité l'une avec l'autre, mais cependant distinctes. La

partie inférieure forme en avant le bas du front, aplati, souvent creusé en son milieu d'une dépression horizontale « en coup de hache » ; latéralement, ce sont les tempes, comme enfoncées et dessinant un creux que le relief de l'arcade zygomatique limite en bas. La partie supérieure est une large zone à peu près régulièrement convexe d'un pariétal à l'autre. Le front est marqué de rides nombreuses, horizontales et verticales. Les sourcils sont attachés juste au-dessus de l'orbite ; leur tracé est tombant à sa partie externe. L'œil est profondément enchâssé dans l'orbite ; il est demi-globuleux ; la prunelle en est grisâtre, la pupille étroite. La paupière supérieure, tombant comme un rideau, le recouvre en partie.

L'oreille affecte une forme triangulaire : elle est très développée dans son segment supérieur et n'a pas de lobule.

Les traits tombants donnent à la physionomie un accent d'amertume. Le regard est sec, froid et abaissé vers le sol.

3. — **Aspect psychologique.** — Dans la description de l'aspect psychologique du tempérament, nous allons être amenés à reproduire des caractères qui ont été mentionnés déjà à l'étude physiologique. Il est impossible de l'éviter, du fait même de l'interpénétration intime de la vie organique et de la vie psychique.

Le TYPE I est un être de vie végétative : gourmand et paresseux. Malgré les longues nuits, il somnole tout le jour. Il travaille avec lenteur et se fatigue rapidement. Sa sensibilité est obtuse, il est indifférent aux peines et aux soucis. Il n'a ni passion, ni ambition. C'est un caractère doux, soumis, peu combattif et même poltron. Il est faible, sans volonté aucune. S'il paraît calme et maître de lui-même, ce n'est pas qu'il se domine, c'est seulement qu'il s'affecte peu des événements qui surviennent autour de lui, et que toutes ses réactions sont lentes (d'où les termes métaphoriques « phlegme », « sang-froid »). Il se montre d'une suggestibilité extrême et il subit toutes les influences, qu'elles soient bonnes ou mauvaises. Aussi, est-il le plus souvent ce que l'a fait son éducation, et montre-t-il, dans les tâches où

on l'emploie, des qualités de docilité et d'obéissance qui le rendraient précieux, n'était l'insuffisance de son activité.

Que cette suggestibilité, cette plasticité soit portée à son plus haut degré, et l'on trouvera réalisée la *mythomanie*, tendance par laquelle le sujet, grâce à sa passivité, est accessible à toutes les suggestions perverses, venues de son entourage ou nées de sa propre imagination.

Le TYPE II a des instincts puissants, et il s'abandonne souvent à leur entraînement. C'est un sensuel. C'est aussi un gourmand, qui recherche les plaisirs de la table et en abuse. Il aime la vie et en jouit pleinement. Son humeur est joyeuse, bienveillante et optimiste. Il est actif, entreprenant, expansif et beau parleur. Il a confiance dans le sort, et tout ce qu'il entreprend lui réussit. Il est débonnaire et sociable, sujet toutefois à des colères de peu de durée, « feux de paille », éteints aussitôt qu'allumés (colères rouges). Il se marie de bonne heure. Il aime la famille et les enfants. Il est ambitieux de confort, d'opulence, de titres et d'honneurs. Il se montre volontiers glorieux de la situation qu'il occupe. Il a de l'énergie, plus toutefois dans l'action que dans l'attente, car il ne sait pas réserver son effort, et il dompte mal ses passions. Son intelligence est orientée vers la sphère positive des choses. Elle est pleine de sens pratique, de bon sens. C'est celle d'un *réalisateur*, souvent commerçant ou industriel, professeur, orateur, homme politique.

Certaines de ces dispositions sont portées au défaut chez quelques sujets de ce tempérament ; ce sont alors des gloutons, des coléreux, des luxurieux ou des ivrognes. On trouve parfois tous ces défauts réunis chez le même homme.

Ce type de tempérament est, d'autre part, sujet à la psychose maniaque-dépressive.

Chez le TYPE III, les instincts d'assimilation sont au second plan. Sobre, peu sensuel, peu amateur de jouissances matérielles, ce type dirige toutes ses forces vives vers l'action. Sa sensibilité est plus ardente que celle du type II ; très différent de celui-ci, il offre un caractère inquiet, tourmenté, et dont l'ambition ne se

relâche jamais. Il est servi dans ses projets par une activité inlassable que les années n'affaiblissent pas. Tenace et combattif, ardent et passionné, il se contient cependant et il cache sous sa froideur apparente une impulsivité extrême ; aussi ses colères sont-elles « blanches », de celles qui laissent rancune et haine (tempérament « colérique »). Il est orgueilleux, indépendant et dominateur. Sa volonté est très grande ; il a en effet les deux formes de l'énergie, celle qui lance l'acte et celle qui l'arrête. Il sait réserver son effort et dompter ses passions. Il sait se taire et il se montre dur pour lui-même autant que pour autrui. Ces qualités en font un chef redouté ; il ne sait obéir qu'aux règles qu'il s'est tracées lui-même, et sa volonté inflexible ne cède devant personne.

Son intelligence est juste, mais strictement limitée à la sphère de l'action. Il apprend beaucoup par lui-même, peu par les livres et par l'éducation (autodidacte). Plus encore que le sanguin, c'est un *réalisateur*, qui agit plus qu'il ne parle et dont l'imagination n'est riche que des choses qu'il a vues. On le rencontre *technicien* dans toutes les professions, manuelles ou intellectuelle. La plupart des grands chefs offrent aussi une dominante de ce tempérament.

Le bilieux est volontiers extrême dans ses défauts tout autant que dans ses bonnes qualités. C'est ainsi que sa droiture a pour rançon une grande rigidité d'opinion, et une intolérance excessive aux idées d'autrui. Son humeur inquiète et mécontente, jointe à son ambition dominatrice, le portent souvent à se révolter contre les lois existantes. Enfin, il n'oublie jamais les torts qu'on lui cause, il en garde de la rancune, et il assouvit parfois celle-ci en de terribles vengeances. Un degré de plus, et il offre tous les éléments de ce qu'on dénomme en médecine mentale la constitution paranoïaque, qui prédispose au délire des persécutions.

TYPE IV. — A l'étude physiologique, nous avons caractérisé ce tempérament par l'état de faiblesse irritable qu'engendre une prédominance excessive de la sensibilité. Nous retrouvons ici ce trait caractéristique.

Instincts faibles, activité physique médiocre sont, en effet, en contraste avec une sensibilité anormalement vive. Celle-ci est blessée par tout ce qui la touche ; elle se replie sur elle-même ; aussi l'humeur de ce tempérament est-elle sombre, soupçonneuse et pessimiste (atrabilaire). Aucune expansion : le cercle de ses affections est très réduit. De bonne heure trop occupé de lui-même, il mène une vie solitaire, casanière, qu'il remplit de petites manies. Timide, inquiet et honteux de lui-même, il est rongé dès le plus jeune âge par le sentiment déprimant de son infériorité physique, d'où l'envie des mieux favorisés et un sombre orgueil de bravade.

Sa volonté est médiocre. C'est un débile de l'action. S'il s'efforce de contenir ses émotions, il ne peut empêcher cependant le trouble qu'elles produisent en lui.

Son intelligence est vive, orientée vers la spéculation pure, non vers l'action. Aussi, cherche-t-il toujours à s'instruire et son savoir est-il considérable. C'est un érudit, qui vit assis dans un laboratoire ou dans une bibliothèque. Il réfléchit beaucoup et il excelle à l'analyse psychologique, pour s'y être souvent exercé sur lui-même. Il se complait dans des abstractions et il aime échafauder des systèmes philosophiques ou sociaux. On rencontre ce tempérament, à un degré plus ou moins accusé, chez tous les spéculatifs : savants de laboratoire, écrivains érudits, philosophes, artistes et poètes.

Lorsqu'il exagère ses défauts, le nerveux est fréquemment égoïste, avare, envieux, rusé ou trompeur, et parfois tout cela en même temps.

Il est sujet à la neurasthénie et aux diverses névroses : hystérie, surtout hypocondrie et maladie des obsessions (cf. Etude de la morbidité).

* * *

Lorsque le médecin est appelé à donner des soins à l'un de ces quatre tempéraments, il observe que chacun d'eux n'est pas seulement caractérisé par son activité fonctionnelle et par son

aspect morphologique, mais encore par sa *tenue* devant la maladie, laquelle dépend intimement des traits du caractère.

Ainsi, dans la vie du type I, la douleur est rare. Mais, lorsqu'elle survient, il la supporte mal. Au moindre bobo, il est pris de peur, se croyant sur le point de mourir. Sur lui, les drogues les plus anodines agissent, si l'on sait, en les administrant, frapper son imagination ; aussi est-il très accessible à la suggestion, qu'elle soit simple ou hypnotique.

Le type II est fier de sa belle santé physique et morale : il se vante souvent de n'avoir jamais eu besoin du médecin. Mais, quand il est atteint par la maladie, il s'empresse d'aller lui confier ses troubles, car il n'aime pas garder ses soucis pour lui-même, et il a besoin avant tout qu'on le rassure. Si l'on veut que l'ordonnance soit suivie, il faut souvent lui faire un peu peur, car, docile au traitement tant qu'il souffre, il est tout prêt à l'abandonner dès qu'il se sent mieux, et à reprendre alors ses excès habituels. Quoique moins poltron que le précédent, il est cependant peu stoïque devant la douleur et devant la mort.

Le type III est, comme l'on dit, « dur au mal ». Il souffre souvent sans le dire, et il est de ceux qui ne vont au médecin que quand ils ne peuvent agir autrement. Leur appréhension ne se calme pas, comme celle du précédent, par quelques paroles de réconfort ; réfractaires à la suggestion des mots, ils ont l'esprit logique et veulent un traitement rationnel ; ils le suivront d'ailleurs ponctuellement. Quoique naturellement inquiets et se tourmentant en secret sur l'avenir de leur santé, ils sont stoïques devant les maux qu'on ne peut éviter et ils meurent sans se plaindre.

Le sujet du type IV frappe souvent à la porte du médecin. Il a toujours quelque trouble nouveau à lui conter, avec des détails infinis. Plus les symptômes sont variés et bizarres, plus on peut être assuré que la lésion qui les conditionne est bénigne. Parfois le nerveux se fait traiter en même temps par plusieurs spécialistes : l'un soigne son estomac, l'autre sa vessie, cet autre encore ses nerfs, etc... Il a étudié *son Cas* dans les livres, et il

vous pose une foule de questions embarrassantes. Il a vu toutes les sommités médicales, et il a essayé tous les traitements. Il vous dira souvent qu'il ne supporte plus les médicaments, et c'est vrai. Il vous imposera la corvée de lire une foule de *petits papiers* : les uns relatant les analyses de laboratoire dont il a été l'objet, les autres résumant les traitements qu'il a subis, les troisièmes consignant jour par jour ses plus menus troubles. Il a peur de la maladie, et il craint de craindre. Au seul récit de l'affection de son voisin, il la contracte en quelques minutes, mais les affirmations calmes du médecin la lui enlèvent en moins de temps encore. Ce qu'on ne lui enlève pas, c'est son tempérament, qui le porte à souffrir de tout et à amplifier ses souffrances en y pensant sans cesse ! Vienne cependant une grande douleur ou un chagrin cuisant, souvent ce type de tempérament les supportera mieux qu'un autre, et souvent aussi, il fera preuve devant la mort d'une sérénité d'âme dont toute sa vie avait manqué.

B. — LA MORPHO-PHYSIOLOGIE DE CLAUDE SIGAUD

L'aperçu que nous venons de donner sur les connaissances typologiques des Anciens est très incomplet. Nous avons en effet examiné dans chacun de leurs aspects les quatre tempéraments, tels qu'on les observe chez l'adulte et sans nous étendre sur les rapports que chacun d'eux entretient avec le milieu naturel. En réalité les Anciens avaient conduit leurs investigations beaucoup plus loin. Ils avaient suivi les transformations du tempérament chez l'enfant, l'adolescent, l'homme mûr et le vieillard, ils avaient distingué ses caractères particuliers selon le sexe ; enfin, ils connaissaient les intimes corrélations des types humains et de l'ambiance qui les baigne.

De nos jours, le biologiste Claude SIGAUD, imbu de l'importance de ce problème, a dirigé ses recherches dans le même sens, et il a pénétré dans ces questions délicates beaucoup plus profondément qu'on ne l'avait fait avant lui. L'œuvre de SIGAUD n'est pas connue selon ses mérites, même en France. Les raisons n'en sont pas difficiles à découvrir. En premier lieu, étudier

l'être humain dans toute sa complexité et à l'aide d'une méthode essentiellement clinique, ce ne peut être facilement agréé par notre époque férue d'Analyse et de recherches de laboratoire. Il n'est que trop certain d'autre part que la lecture des écrits de SIGAUD est malaisée. On ne suit que difficilement la pensée de l'auteur dans ses développements et bien des contradictions fâcheuses se relèvent dans les termes qu'il emploie. Sans doute le temps lui a-t-il manqué pour conduire ses pensées à leur point d'achèvement. Enfin, fait plus grave encore, aucune figure n'est donnée pour illustrer le texte.

Malgré ses défauts, cette œuvre demeure de tout premier plan, et l'on est loin d'en avoir épuisé la substance.

Mais il est arrivé ce qui arrive aux productions que leur originalité même empêche d'être comprises. Un vulgarisateur en extrait quelques notions simples qu'il schématise pour les rendre plus claires, et ce schéma en impose longtemps pour l'œuvre elle-même. C'est ce qu'ont fait CHAILLOU et MAC-AULIFFE qui, en 1912, exposèrent un Sigaud simplifié, mis à la portée de tous, mais amputé de toutes ses parties originales (1). Le schéma de ces auteurs fut accepté et par la plupart, en France aussi bien qu'à l'étranger, il est considéré aujourd'hui encore comme représentant fidèlement l'œuvre du biologiste lyonnais.

Guidés par DE LAMBERT et THOORIS qui reçurent à Lyon l'enseignement du Maître, nous avons fait une étude attentive des écrits de celui-ci et nous avons observé de nombreux individus selon la méthode qu'il enseigne. Nous allons exposer notre conception personnelle de son œuvre. Si nous nous écartons de SIGAUD sur quelques points, par contre, dans l'ensemble, nous pensons être restés fidèles à l'esprit de sa méthode et avoir respecté l'originalité profonde de sa pensée.

Le principe directeur des recherches de SIGAUD, c'est que si l'on veut étudier avec fruit un être vivant, il faut le *regarder vivre*, c'est-à-dire qu'il faut le suivre dans son évolution, et l'observer dans son milieu naturel.

1. CHAILLOU et MAC AULIFFE, Morphologie médicale. Paris, 1912.

L'étude du milieu s'impose donc tout d'abord. SIGAUD examine les éléments dont il se compose, en se préoccupant de faire correspondre à chacun de ces éléments une fonction de l'organisme. Il découvre ainsi quatre milieux principaux : le milieu atmosphérique, formé par l'air respirable ; le milieu alimentaire, comprenant toute nourriture solide ou liquide ; le milieu physique, ensemble des influences qui agissent sur notre sensibilité et provoquent nos mouvements ; enfin le milieu social, au contact duquel la pensée parachève son développement. Chacun de ces milieux suscite l'exercice d'une fonction spéciale. SIGAUD décrit donc quatre grandes fonctions : la fonction respiratoire, la fonction digestive, la fonction sensitivo-motrice, la fonction cérébrale, et chacune de ces fonctions se trouve dévolue à un système d'organes ou *appareil organique* qui porte le même nom.

D'autres auteurs, avant SIGAUD, avaient exposé des idées analogues, mais d'une manière fragmentaire. Ainsi HUSSON, HALLÉ, THOMAS en France (cf. ALLENDY, *les Tempéraments*, p. 70) ; ainsi PRICHARD en Angleterre ; ainsi GUISLAIN en Belgique (1). Mais, à partir de ces bases, nous allons voir se dessiner peu à peu l'effort original du médecin lyonnais et apparaître l'essence même de la méthode morphologique qu'il applique désormais à tous les problèmes de la vie humaine.

Regarder vivre un organisme, le saisir dans chacun de ses « moments physiologiques » et sans troubler ses échanges avec le milieu, ce n'est pas chose facile. Pour y parvenir, il n'est qu'un moyen, dit SIGAUD, c'est d'observer les formes extérieures.

« Le milieu, les réactions fonctionnelles qu'il suscite, les modifications de forme qui correspondent à ces réactions fonctionnelles, telles sont, écrit-il, les trois étapes nécessaires d'une observation complète et concluante (2). »

Par cette phrase, SIGAUD prend position de la manière la plus précise. Il admet que les modifications de forme d'un orga-

1. Cf. note 1 p. suivante.

2. La Forme humaine. Introduction.

nisme sont toujours corrélatives des réactions fonctionnelles qui s'accomplissent au sein de sa substance. La forme a donc un sens, pour lui comme pour les Anciens : elle *objective la fonction*.

Solidarité étroite de la forme et de la fonction. Intime dépendance de l'une et de l'autre vis-à-vis du milieu. Ce sont les deux postulats essentiels de la Biologie sigaudienne, et nous les avons mis dès le début de cette étude à la base de nos recherches.

1. — PREMIÈRE ÉBAUCHE.

Dans une première ébauche, SIGAUD fonde sur la prédominance dans l'économie d'un des grands appareils organiques un classement des individus en quatre types. L'expérience enseigne en effet que les appareils qui président à nos quatre fonctions principales n'ont pas tous une égale activité. L'un d'eux prédomine fonctionnellement sur les autres, et cette prédominance rend l'organisme hétérogène. Les raisons de cette hétérogénéité, SIGAUD les trouve dans la dissymétrie du milieu ambiant qui, selon les lieux et les climats, offre une composition variable.

Ainsi les peuples de certaines contrées doivent mener une existence nomade afin de pourvoir à leur subsistance ; l'excitant qui ne leur est pas ménagé, c'est l'air atmosphérique ; mais la nourriture est frugale, l'exercice musculaire modéré, et la vie de l'intelligence très réduite. Par contre, dans les plaines où l'air stagne, vivent des êtres sédentaires. Les uns développent puissamment leurs muscles à défricher un sol ingrat qui leur fournit à peine de quoi se nourrir. Les autres, plus fortunés, habitent une terre fertile où la végétation prospère, aussi leur nourriture est-elle abondante et variée. Enfin, par les villes, l'air est confiné, l'appétit médiocre, le mouvement réduit, mais la pensée s'exerce quotidiennement (1).

1. On trouve dans le *Traité des Maladies mentales* de Morel, à la page 119 les remarques suivantes :

M. le Dr Guislain, se demandant pourquoi on rencontre parmi les enfants des villes de si petites figures et de si gros crânes, pourquoi ces créatures vous étonnent par leurs répliques, par leur prodigieuse mémoire, par leurs causeries, répond que ce phénomène s'opère sous l'influence d'agacements continuels qui ont appelé la vie de tout le corps au *pôle cérébral*.

Ces influences ambiantes font donc prédominer un appareil sur les autres. Si elles se maintiennent un temps assez long, la prédominance qu'elles ont suscitée, devenant une manière d'être habituelle, va constituer un des attributs physiologiques essentiels de l'organisme, et pourra servir à caractériser celui-ci. Il semble tout d'abord naturel à SIGAUD d'admettre que l'exercice actif d'une fonction provoque la prolifération des éléments anatomiques, et partant, qu'à la prédominance fonctionnelle d'un appareil doit correspondre sa prédominance morphologique. Il se laisse guider par cette règle pour décrire ses quatre types : Respiratoire, Digestif, Musculaire et Cérébral.

Les conséquences de ce qui précède pour le diagnostic du tempérament sont immédiates. L'habitus extérieur d'un individu doit permettre de reconnaître aisément sa fonction prédominante: le Respiratoire a un grand thorax, le Musculaire des membres et une musculature très développés, le Digestif un vaste abdomen, le Cérébral un gros crâne.

SIGAUD ne s'est pas borné à cela. Avant d'être biologiste, il était médecin praticien. Ce qu'il veut trouver par l'étude des prédominances morphologiques et fonctionnelles, c'est une méthode nouvelle pour découvrir les origines et le sens de la maladie. Les faits, particulièrement ceux qui s'observent dans le cours des affections chroniques, ne nous enseignent-ils pas qu'un organe ou un appareil a chez certains individus une vulnérabilité particulière. Ne peut-on penser que l'activité fonctionnelle du dit appareil est pour quelque chose dans cette vulnérabilité ? Et si l'on répond affirmativement, n'est-il pas possible, en étudiant morpho-physiologiquement un organisme,

« Ainsi, ajoute cet auteur, s'explique en partie la différence de caractère et d'organisation de l'enfant de la campagne et de celui de la ville.

« Les enfants des campagnes sont continuellement au grand air ; ils développent leurs muscles en s'agitant et en courant ; plus âgés, ils ne vont pas chercher des impressions dans les spectacles et les réunions musicales.

« Ils ne reçoivent une instruction littéraire et artistique sérieuse qu'à cette époque de la vie où le corps a pris un certain développement : on aurait tort de croire qu'une éducation surexcitante profite en effet à l'enfant ; la précocité, sous ce rapport, provoque sa ruine en l'épuisant.

« On a remarqué qu'en général, c'est moins la ville que la campagne qui fournit les génies les plus solides. »

de prévoir quelles seront chez lui les localisations morbides habituelles ?

Oui, répond SIGAUD, et pour atteindre à cette prévision, il s'efforce de montrer comment la question de la réceptivité morbide se relie à celle de la prédominance.

Pour lui, les quatre appareils susdits sont des appareils *périphériques*, c'est-à-dire en contact immédiat avec le milieu, dont ils subissent directement les influences. Ils sont donc placés comme une série de fortins chargés de défendre l'entrée de cette citadelle centrale qu'est l'appareil cardio-rénal. Toute action nocive du milieu, en conséquence, se heurte à ces appareils périphériques et chacun de ceux-ci se défend contre elle avec ses forces propres. C'est dans cette réaction défensive que réside la Maladie, et la mort survient quand, la défense s'étant épuisée, l'appareil cardio-rénal est touché à son tour. Ainsi donc, dans l'épisode morbide, l'organisme ne reste pas passif ; il ne subit pas sans s'insurger les causes de destruction ; et, contrairement à une idée assez généralement reçue, SIGAUD soutient que ce ne sont pas les organes faibles qui subissent la plus grande atteinte. Bien au contraire, l'organisme réagit et, dans sa réaction, la part la plus importante revient à l'appareil prédominant. Dans l'esprit de SIGAUD se dessine alors un schéma simple, selon lequel l'appareil dont la fonction est la plus active est, d'une part celui qui prédomine morphologiquement, d'autre part celui qui est le siège habituel des localisations morbides. Ainsi, nous trouvons à la page 119 du *Traité* (1) une définition du type digestif dans les termes suivants :

« Il est une catégorie d'individus chez lesquels la fonction
« digestive est prédominante, c'est-à-dire chez lesquels la région
« abdominale acquiert un développement morphologique supérieur, chez lesquels l'excitabilité digestive prime les autres
« sensibilités fonctionnelles, chez lesquels enfin le moindre choc
« anormal a son maximum de répercussion sur l'appareil digestif
« qui s'en trouve modifié et dans sa morphologie et dans sa
« réceptivité spécifique. Ce sont les Digestifs. »

1. SIGAUD, *Traité clinique de la Digestion*, t. II, 1908.

On se tromperait toutefois grossièrement, si l'on croyait que toute la pensée de SIGAUD tient dans l'exposé précédent. Il suffit en effet, comme nous le ferons voir un peu plus loin, de tourner quelques pages du Traité pour trouver une conception beaucoup plus subtile de la prédominance, et l'énoncé d'une distinction féconde entre plusieurs types digestifs (cf. p. 264). En lisant avec attention son travail de 1908, on se persuade bien vite que les faits mis en lumière par le biologiste lyonnais lui apparaissent déjà dans leur complexité réelle, et les analyses cliniques très pénétrantes qu'il donne débordent de toutes parts le cadre des prédominances morphologiques grossières. On y voit se dessiner l'ébauche des conceptions ultérieures, mais SIGAUD, comme nous l'avons dit déjà, s'arrête court, incapable, semble-t-il, de fournir l'effort de maturation nécessaire.

Désireux de vulgariser la partie la plus abordable de l'œuvre du médecin lyonnais, CHAILLOU et MAC-AULIFFE, dans leur ouvrage, négligent la complexité des faits qu'expose le Traité, et tombent ainsi dans les excès de la schématisation. Adoptant dans leur travail les quatre types de prédominance grossière et les définissant comme nous l'avons dit, ils ajoutent cette proposition inspirée de SIGAUD que :

« c'est la zone de contact la plus large qui fait les frais de la
« maladie, soit qu'elle reçoive le plus grand nombre de chocs
« en raison de sa prédominance, soit qu'elle réponde plus parti-
« culièrement aux chocs morbides en raison de la place qu'elle
« tient dans l'économie. »

Selon ce principe, le Respiratoire est sujet aux affections pulmonaires, le Digestif aux affections digestives, le Musculaire aux rhumatismes, le Cérébral à la migraine et au délire. Affirmations *a priori*, qui plaisent par leur netteté schématique, mais qui ne s'accordent pas avec ce qu'enseigne l'examen des faits dans la plupart des cas.

2. — DEUXIÈME ÉBAUCHE.

Dans son opuscule de 1914 (1), SIGAUD a modifié son ébauche initiale, et il s'élève à une conception morphologique qui respecte mieux les faits que le schéma grossier exposé ci-dessus. A cette conception, d'ailleurs, il ne parvient pas d'emblée, mais par des approximations successives.

Déjà, dans son important travail de 1908, il émettait certaines considérations — celles-ci entièrement originales — sur le *rythme fonctionnel*. Et, avec elles, *s'introduisait, à côté de l'élément quantitatif qu'impliquent les prédominances morphologiques grossières, un élément de qualité.*

C'est ainsi que, après avoir exposé ses quatre types de prédominance, il écrit quelques pages plus loin ce qui suit :

« Au-dessus des types décrits plus haut, qui répondent à la
« dyssymétrie de la nature et la reproduisent, il est deux groupes
« plus compréhensifs d'individualités physiologiques, qui se
« différencient par la *vitesse* des réactions : à une extrémité nous
« trouvons la réaction rapide, à l'autre la réaction lente...

« Deux types musculaires peuvent être, de ce point de vue,
« diamétralement opposés, l'un doué de mouvements lents,
« l'autre de mouvements rapides. Deux types cérébraux peu-
« vent présenter des manifestations intellectuelles dissemblables ;
« chez l'un c'est la lenteur de la perception et de l'élaboration,
« chez l'autre c'est la conception rapide et primesautière. Cette
« allure du mouvement moléculaire se retrouve identique, pour
« un même individu, dans tous les éléments de l'organisme,
« depuis l'appareil prédominant jusqu'au dernier appareil dans
« la hiérarchie organique. De telle sorte que la vitesse réaction-
« nelle apparaît bien comme une caractéristique essentielle de
« deux types physiologiques : l'un, aux réactions rapides,
« recherche dans le milieu cosmique tout ce qui s'harmonise
« avec l'allure de ses fonctions, l'air vif et sec pour ses pou-
« mons, le mouvement accéléré pour ses muscles, l'aliment

1. Cf. SIGAUD, *La Forme humaine. I. Sa signification*. Paris, Maloine, 1914.

« tonique pour son tube digestif et un milieu social à facettes
 « multiples pour son cerveau ; l'autre, aux réactions lentes, se
 « compose une vie avec des éléments exactement contraires, à
 « tel point que l'esprit conçoit ces deux individus vivant côte
 « à côte et s'ignorant, comme deux êtres sans point de con-
 « tact.

« La clinique nous enseigne qu'à ces différenciations physio-
 « logiques correspondent des différenciations morphologiques
 « nettement appréciables dans la généralité des cas. Le muscu-
 « laire *lent* se distingue par sa corpulence massive, par l'énor-
 « mité de ses reliefs musculaires et par l'épaisseur de ses leviers
 « osseux. Le musculaire *vif* au contraire présente une réelle
 « gracilité de formes : des groupes musculaires de relief arrondi,
 « mais sans aspect massif et des leviers osseux de faible épais-
 « seur. Il semble, en un mot, que la rapidité réactionnelle soit
 « en raison inverse de la masse (p. 110). »

De même, à la page 119 du même ouvrage, nous trouvons décrits un *type digestif accéléré* et un *type digestif ralenti*. Ayant développé les caractères du premier de ces deux types, SIGAUD ajoute : « C'est en définitive le tableau objectif de la
 « fonction accélérée appelant de faibles excitations cosmiques,
 « autrement dit une ration alimentaire diminuée pour chacun
 « des repas, le nombre de ceux-ci étant accru proportionnelle-
 « ment. »

Et pour le second, il conclut : « Les ingestions alimentaires
 « massives et rares remplissent dans ce cas les conditions
 « essentielles de l'équilibre fonctionnel. »

Il décrit encore sous le nom de type digestif *dissocié* un type complexe dans lequel se mélangent les propriétés des deux autres.

Or ces descriptions se lisent immédiatement après celle que nous avons citée plus haut et qui sert de définition au « type Digestif ». Lorsqu'on les compare, on cherche en vain à les concilier : ici un type Digestif nettement défini, là plusieurs types digestifs différents, voire opposés l'un à l'autre !

CHAILLOU et MAC-AULIFFE ne semblent pas s'être embarras-

sés de cette contradiction ; ils ont supprimé simplement l'une des deux descriptions et ils ont retenu la plus schématique.

Nous procéderons tout autrement, car, disons-le dès maintenant, nous pensons que la seule description qui corresponde aux faits est précisément celle que ces deux auteurs ont laissée de côté. Tout d'abord, comment expliquer qu'il ait pu se glisser dans l'œuvre de SIGAUD une contradiction aussi flagrante ?

Pour notre part, nous pensons que c'est à la faveur d'une trop grande incertitude sur le sens du mot *prédominance*. L'effort que SIGAUD a fait — le premier — pour constituer les fondements d'une morpho-physiologie, cet effort était au-dessus de ses forces. Malgré qu'il en eût, il n'était pas suffisamment préparé à lier la forme et la fonction. Tantôt il les réunit, tantôt il les considère isolément. De là deux points de vue différents qui, dans son œuvre, se trouvent *juxtaposés*.

C'est ainsi qu'on trouve formulée dans son Traité de 1908 une opposition radicale entre deux périodes de la vie humaine : la période de formation, la période de fonctionnement. Il appelle *période de formation* celle où s'accomplit la croissance des appareils organiques, croissance inégale, nous l'avons vu, et qui aboutit à la constitution d'un des quatre types de prédominance décrits ci-dessus ; du rythme fonctionnel, il n'est point encore parlé. Nous le verrons jouer son rôle dans la différenciation des fonctions à la période suivante, dite *de fonctionnement*, qui s'établit quand la formation est achevée ; chaque appareil, dès lors, accomplit sa fonction selon un rythme qui lui est propre et qui peut servir à le définir. Il y a donc dans SIGAUD deux prédominances, la prédominance de formation, la prédominance de fonctionnement.

Mais qui ne voit tout l'arbitraire d'une telle distinction ! Elle suppose une séparation nettement tranchée entre les phénomènes par lesquels un appareil se développe et ceux par lesquels il exerce sa fonction — et une telle séparation, nous ne pouvons l'admettre. Il ne suffit donc pas de juxtaposer les deux points de vue de SIGAUD, il les faut concilier, en considérant la crois-

sance et l'exercice fonctionnel comme les deux aspects d'un même fait, qui se rattache intimement à la forme.

SIGAUD lui-même a tenté cette conciliation dans son opuscule de 1914. Il y montre que les organismes dont le rythme fonctionnel est lent et qui s'accommodent d'une ambiance uniforme croissent sans se différencier, leurs quatre appareils restant sur le même plan : ce sont les types *uniformes*. Chez tous les autres types, il y a au contraire différenciation fonctionnelle et morphologique. Les uns, dont le rythme fonctionnel est modéré, se développent harmonieusement et régulièrement : un des appareils prédomine discrètement ; ce sont les types *réguliers* ou *francs*. Les autres, dont le rythme fonctionnel est rapide, se développent irrégulièrement ; leur prédominance est souvent excessive... Mais SIGAUD ne parvient pas à s'affranchir complètement de l'opposition qu'il a établie au début de ses recherches entre les types de formation et les types de fonctionnement.

Tout ce qui précède montre les difficultés que nous avons rencontrées en étudiant l'œuvre du médecin lyonnais. Nous nous sommes convaincus qu'exposer les idées de celui-ci dans l'ordre où il les présente lui-même et dans les termes qu'il emploie, c'eût été courir grand risque de n'être point entendu du lecteur. Aussi avons-nous adopté une méthode entièrement différente, et, tout en restant fidèles à l'esprit même de l'œuvre, avons-nous pris les plus grandes libertés avec le texte.

En premier lieu, nous avons introduit quelques notions complémentaires susceptibles de faciliter la compréhension de l'ensemble ; c'est ainsi que nous avons utilisé les notions d'anabolisme et de catabolisme exposées au début de ce chapitre.

En second lieu, nous avons résolument supprimé certaines affirmations qui ne résistent pas à la critique.

En troisième lieu, nous nous sommes quelque peu écartés des termes que SIGAUD emploie et qui ne nous ont pas toujours paru bien choisis.

Enfin, estimant que l'absence complète de figure dans les

ouvrages de cet auteur est pour beaucoup dans la médiocrité de l'estime où on les tient d'ordinaire, nous nous sommes imposés d'illustrer notre texte et de mettre sous les yeux du lecteur les traits morphologiques dont nous l'entretenez.

L'exposé que nous allons donner de l'œuvre de SIGAUD est donc entièrement original, sinon dans son esprit, tout au moins dans sa forme. Nous nous y sommes efforcés surtout de fournir de la *prédominance* une définition rigoureuse et conforme aux faits.

C. — CONCEPTION PERSONNELLE

Avant d'exposer notre conception personnelle des tempéraments, récapitulons l'ensemble de notre savoir sur ce sujet.

Des connaissances hippocratiques, nous avons appris la possibilité d'isoler quatre types bien définis par leurs fonctions, en particulier par leur fonction prédominante. En quête d'une définition plus rigoureuse de la Prédominance, nous avons examiné la doctrine de Sigaud. Nous y avons trouvé deux conceptions qui, au premier abord, paraissent également défendables. Rappelons que la première de ces conceptions caractérise chaque type humain par la prédominance morphologique et fonctionnelle d'un des quatre appareils Digestif, Respiratoire, Musculaire ou Cérébral. L'autre place au premier plan le rythme avec lequel toutes les fonctions s'accomplissent, et fait correspondre à chaque variété de rythme une morphologie particulière.

Nous avons vu que SIGAUD n'avait pu parvenir à les concilier entre elles, et que, dans son œuvre, malgré ses efforts, elles restent juxtaposées. Il ne semble pas d'autre part qu'on puisse les rapprocher utilement de la conception des Anciens. Si bien qu'en définitive, nous sommes en présence de trois systèmes typologiques qui n'ont entre eux, semble-t-il, aucun point de comparaison.

Mais si l'on s'efforce de dépasser les apparences doctrinales et de s'élever à un point de vue supérieur, il n'est pas impos-

sible, à notre avis, d'accorder ces différentes conceptions de l'homme. Dans ce but, nous allons feindre un moment que nous ne savons rien de tout ce que la physiologie nous a appris. Plaçons l'être humain dans son milieu naturel, comme l'ont fait les Anciens et Claude SIGAUD. Acceptons d'eux leurs postulats fondamentaux : dépendance vis-à-vis du milieu — solidarité de la forme et de la fonction. Acceptons aussi leur définition de la santé et de la maladie ; la santé, équilibre de l'organisme avec le milieu — la maladie, rupture de cet équilibre. Reconnaissons que dans la pratique, la santé n'est pas un équilibre parfait, mais qu'il y a plusieurs états de santé différents, chacun d'eux réalisant une forme d'équilibre de l'être vivant avec son ambiance. Autant de ces formes d'équilibre, autant de modes fonctionnels de l'organisme humain, autant de tempéraments. C'est donc par l'analyse des conditions d'adaptation de l'Homme à son milieu, que nous allons être en mesure de définir très exactement les principaux tempéraments.

Dans ce sens déjà, nous avons établi que les échanges d'énergie entre l'être vivant et son milieu pouvaient être rassemblés dans les deux grandes fonctions d'anabolisme et de catabolisme. Nous avons montré que, souvent, une de ces deux fonctions est plus active que l'autre, et nous avons expliqué comment cette prédominance conférait des caractères particuliers à chacun des trois aspects du tempérament. De ces données, nous avons fait l'application à l'étude de la typologie des Anciens.

Nous croyons qu'aucune étude sérieuse ne peut être entreprise ici si l'on néglige cette opposition fondamentale entre les fonctions de dépense et d'épargne. C'est, selon nous, parce qu'elle manque dans l'œuvre de SIGAUD qu'il est impossible de tirer de celle-ci une notion bien définie de la prédominance. Cependant, lorsque ce problème s'est imposé à notre attention, nous n'avons pas tardé à nous rendre compte que si les notions d'anabolisme et de catabolisme sont nominalement absentes de Sigaud, elles n'en sont pas moins impliquées dans la notion de rythme fonctionnel mise au premier plan par cet auteur. Cette dernière, à son tour, se rattache étroitement à la notion

d'*Excitabilité organique* qui, comme nous allons le montrer, peut servir aux deux autres de commune mesure. En examinant ces trois notions dans leurs correspondances réciproques, nous rapprocherons la conception de Sigaud de celle des Anciens. Dès lors, la voie nous sera ouverte pour fusionner ensemble toutes nos connaissances typologiques et nous élever à une définition du tempérament qui soit tout à la fois exacte, complète, et immédiatement applicable à la clinique. Les pages qui suivent contiennent un essai dans ce sens.

* * *

A notre échelle humaine, l'organisme nous apparaît comme un assemblage complexe. Suivant les méthodes usuelles de l'anatomie et de la physiologie, nous le divisons en organes, nous détaillons ses fonctions. Non contents de l'avoir ainsi morcelé, nous faisons appel au microscope et à la chimie ; nous éparpillons les organes en cellules, nous dissociions les fonctions selon les composés chimiques qu'elles transforment. Et l'analyse se poursuit, tant et si bien que, de cet organisme vivant, de cet *individu*, nous ne saisissons plus que des fragments morts. L'unité nous échappe, car l'analyse est inutile, néfaste même, si elle n'est pas suivie de synthèse.

Adoptons la méthode inverse. Négligeons la complexité structurale de l'être vivant. N'éparpillons pas son activité d'ensemble qui est certaine et de constatation immédiate, en mille fragments d'activités supposées. Respectons, en un mot, son individualité au sein du milieu et supposons tout d'abord parfaite la synergie fonctionnelle des diverses parties de son économie. Il nous sera loisible ensuite de descendre de l'ensemble aux parties et de pénétrer plus avant dans le détail de l'organisation.

HOMOGÉNÉITÉ STRUCTURALE.

Considérons donc en premier lieu l'organisme humain comme un tout indivisible, propre seulement aux réactions d'ensemble.

Examinons quelles sont les conditions de l'équilibre d'un tel organisme avec son milieu naturel. Nous nous sommes déjà familiarisés quelque peu avec la méthode qui consiste à étudier ces conditions d'équilibre en fonction des énergies échangées. Nous avons vu que l'organisme ne subit pas passivement le flux et le reflux des énergies ambiantes, mais que, en vertu de son activité propre d'être vivant, d'une part il règle la quantité d'énergie qui pénètre en lui, et d'autre part il fait subir à cette énergie une transformation qualitative. Dans une certaine mesure, il se laisse modifier par les actions ambiantes, et c'est en cela qu'il s'adapte à son milieu. Mais, dans une mesure aussi grande, il leur résiste, et c'est par cette résistance qu'il maintient son *individualité*. L'équilibre de l'organisme avec le milieu naturel résulte d'un compromis sans cesse variable entre ces deux tendances adverses.

Fonction et milieu. — Si nous convenons tout d'abord de faire abstraction des influences ambiantes et de ne considérer dans les échanges d'énergie que l'activité propre de l'organisme, nous apprendrons la manière dont celui-ci manifeste son individualité. L'observation enseigne que, dans de telles conditions, l'exercice fonctionnel comporte une alternance régulière de l'activité anabolique et de l'activité catabolique. L'être vivant accumule d'abord les énergies du milieu, puis les ayant transformées, il les dépense. Dans ce retour périodique de chacune des deux grandes fonctions de l'économie réside la *loi de l'alternance des états contraires*, qui gouverne tous les êtres vivants. Un des exemples les plus remarquables en est fourni par la succession régulière de la veille et du sommeil. Ceci nous est déjà connu par ce que nous en avons dit au début de ce chapitre. Nous avons à ce moment fourni quelques détails précis sur l'opposition entre l'anabolisme et le catabolisme, et nous avons donné la formule qui caractérise ces deux activités.

Plaçons-nous dans le cas idéal où l'épargne de l'organisme égale sa dépense, et essayons de représenter graphiquement la loi de l'alternance des états contraires. Dans ce but, portons en

abscisses le temps, en ordonnées les énergies échangées, en convenant d'affecter du signe + celles qui sont dépensées par l'organisme et du signe — celles que ce dernier absorbe. Nous obtenons la courbe figurée (courbe 1). A l'instant T_1 , point neutre, ni absorption ni dépense. De T_1 en t_1 décharge d'énergie dans le milieu ; cette décharge est toujours brusque, nous l'avons vu ; le retour au repos se fait en t_2 . La surface comprise entre la courbe et la ligne des abscisses est proportionnelle à la dépense d'énergie. En t_2 l'organisme commence à récupérer l'énergie

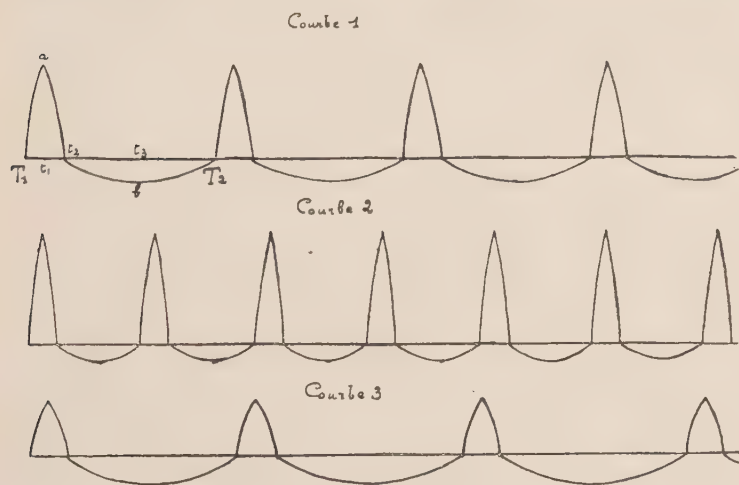


FIG. 7 bis. — Courbes

perdue en absorbant celle du milieu ; cette absorption, nous le savons, est lente ; elle se poursuit de t_2 en T_2 . Au point d'absorption maxima, la quantité absorbée dans l'unité de temps, laquelle est proportionnelle à l'ordonnée t_3b , est beaucoup inférieure à celle que l'organisme dépensait à l'instant t_1 (proportionnelle à $t_1 a$), mais l'intervalle de temps $t_2 T_2$, par contre, est beaucoup plus grand que $T_1 t_2$. La surface comprise entre cette portion de courbe et la ligne des abscisses, qui est proportionnelle à la quantité totale d'énergie absorbée, équivaut à la portion de surface qui représente les énergies dépensées ($eT = Et$).

Tout organisme vivant abandonné à lui-même présente une activité rythmée analogue à celle que figure notre courbe. On peut objecter que, dans certains cas, les rythmes de l'organisme ne font qu'obéir aux rythmes de la Nature. Ainsi, l'alternance de la veille et du sommeil suit l'alternance du jour et de la nuit. Mais il n'en reste pas moins que l'être vivant manifeste une tendance propre au retour périodique des mêmes activités, tendance qui est dans une large mesure indépendante du milieu et qui traduit l'individualité de l'organisme.

Nous allons en donner une preuve démonstrative en examinant l'action des variations du milieu sur l'être vivant. L'organisme, nous l'avons vu, subit jusqu'à un certain point ces variations, mais dès que celles-ci l'entraînent hors de sa ligne habituelle, il tend à y revenir et à reprendre son rythme antérieur, nonobstant les forces contraires. Etudions ce point avec quelque détail. Plaçons l'organisme dans son milieu naturel. Un certain équilibre des échanges étant réalisé (ce sera par exemple $E t = e T$, courbe 1), faisons varier le flux d'énergie du milieu. Que va-t-il se passer au sein de l'organisme ? Pour répondre à cette question, il nous faut tout d'abord connaître l'importance de la variation et la rapidité avec laquelle celle-ci se produit. Si la variation est faible, il ne se passe rien. Si elle est lente, c'est-à-dire, faible par unité de temps, il en est de même. Nous ne commençons d'observer des effets au sein de la matière vivante que pour un certain ordre de grandeur de la variation. Autrement dit, il y a un *seuil*. Plaçons-nous donc au-dessus du seuil et produisons une variation brusque, c'est-à-dire telle que le flux d'énergie qui, du milieu tombe sur l'organisme, varie d'une forte quantité dans l'unité de temps. Il se produit alors au sein de la matière vivante une variation parallèle, soit en somme une accélération des échanges. L'observation montre que cette accélération entraîne pour l'organisme une plus grande dépense d'énergie (activité catabolique). Mais l'organisme en vertu de sa tendance rythmique propre, va revenir après un certain temps à son activité normale. Et, même si les variations du

milieu se reproduisent, il entre en fonctionnement anabolique et récupère les énergies qu'il a perdues.

En physiologie, la variation brusque est appelée excitation forte, la variation lente excitation faible. Une certaine valeur de l'excitation est nécessaire, nous l'avons vu, pour influencer un organisme déterminé ; elle représente le seuil d'excitabilité de celui-ci (1). Remarquons dès maintenant que ce seuil n'est pas une constante fixe. Il possède pour chaque organisme une valeur moyenne qui peut servir à caractériser cet organisme mais, selon la phase fonctionnelle, il se produit autour de cette valeur moyenne de petites variations. C'est ainsi qu'en phase d'activité catabolique, l'organisme a un seuil plus bas qu'en phase d'activité anabolique. Pour définir ces différentes valeurs du seuil, nous allons désigner désormais par le terme de *méso-excitabilité* l'état idéal d'un organisme au point neutre intermédiaire entre le catabolisme et l'anabolisme. L'état d'*hyper-excitabilité* correspond à l'abaissement du seuil au-dessous de la valeur précédente et l'état d'*hypoexcitabilité* à l'élévation du seuil au-dessus de cette valeur.

Dans le cas particulier que nous avons choisi, où l'épargne égale la dépense, les phases d'hyperexcitabilité (catabolisme) et celles d'hypoexcitabilité (anabolisme) se font équilibre ; leurs écarts avec l'état de mésoexcitabilité se neutralisent. L'organisme considéré est donc un organisme mésoexcitable, c'est-à-dire, adapté à la moyenne des excitations du milieu où il vit. Toute excitation forte de ce milieu agit, nous l'avons vu, en provoquant dans l'organisme une hyperexcitabilité brusque, se traduisant par une dépense d'énergie. Inversement, toute excitation faible provoque de l'hypoexcitabilité qui entraîne une absorption d'énergie.

1. Ce qui précède cadre bien avec la substance de la pensée de Sigaud : cet auteur écrit en effet :

« L'excitabilité répond, en dernière analyse, à la facilité avec laquelle peut varier le mouvement moléculaire ; si une excitation légère suffit à accélérer ce mouvement, l'excitabilité est exquise ; s'il faut une excitation forte pour amener cette accélération, l'excitabilité est faible. »

Quand l'excitation d'intensité anormale est unique, l'organisme, après l'avoir subie, revient assez rapidement à son état antérieur de mésoexcitabilité. Mais si les excitations anormales se répètent fréquemment, on ne peut plus assigner au milieu la même valeur moyenne et l'organisme qui s'était adapté à cette valeur moyenne va se trouver contraint de modifier ses conditions d'adaptation. Si ce sont les excitations fortes qui deviennent habituelles, l'organisme se trouve être continuellement provoqué à des dépenses d'énergie ; il n'a plus le temps de récupérer ce qu'il perd par des phases compensatrices d'anabolisme. La courbe figurative de son métabolisme n'a plus le même aspect ; elle prend le type 2 : dépenses d'énergie plus importantes dans l'unité de temps, temps de la dépense plus court, phase compensatrice moins durable. Il n'y a plus cette fois équivalence entre l'énergie absorbée et l'énergie dépensée : la dépense prédomine. D'autre part, le rythme fonctionnel devient plus rapide (1). L'organisme est devenu *hyperexcitable*.

Inversement, la prédominance des excitations faibles dans le régime du milieu, provoque de la part de l'organisme une absorption d'énergie plus prolongée. L'organisme ne dépense plus ce qu'il accumule. La courbe de son métabolisme prend l'aspect de la figure 3 où les énergies absorbées ont la prédominance. Le rythme fonctionnel est plus lent. L'organisme est devenu *hypoexcitable*.

Cette transformation d'un organisme mésoexcitable en organismes hyper ou hypoexcitables n'est presque jamais durable. Pour qu'elle puisse durer, il faudrait que les modifications du milieu qui l'ont engendré persistent. Or c'est une éventualité exceptionnelle, car l'organisme mésoexcitable, par suite de son excellent équilibre, sait mieux qu'aucun autre adapter les conditions du milieu où il vit à ses exigences propres.

Mais on rencontre dans la Nature des organismes dotés héréditairement d'une excitabilité différente du précédent. Placés dans le même milieu, ils présentent un équilibre instable.

1. Ce rythme est mesuré par le nombre des « ondulations » de la courbe.

Les uns sont des hyperexcitables. Le régime du milieu qui entretient l'organisme étudié ci-dessus dans sa mésoexcitabilité provoque chez ceux-ci un fonctionnement catabolique prédominant. Les dépenses surpassent les recettes. Le rythme fonctionnel est rapide, et surtout, il tend sans cesse à s'accélérer sous l'influence de la plupart des excitations.

Les autres sont des hypoexcitables. Prédominance anabolique. Epargne supérieure à la dépense. Le rythme fonctionnel est lent, et, sauf l'action des excitations très fortes, il tend spontanément à se ralentir de plus en plus.

Ce qui n'était chez l'organisme mésoexcitable qu'une déviation passagère des fonctions, représente ici la manière d'être habituelle de l'être vivant et marque profondément son évolution. Chacun de ces deux types d'organisme cherche à réaliser autour de lui les conditions propres à le maintenir dans son degré initial d'excitabilité. L'hyperexcitable, chez qui les excitations moyennes provoquent une hyperexcitabilité croissante, recherche de préférence des excitations faibles, et, son rythme étant rapide, il appelle des excitations fréquentes. L'hypoexcitable, qui représente l'état contraire, va d'instinct aux excitations fortes, qui lui sont nécessaires pour ne pas verser de plus en plus dans l'hypoexcitabilité, et, son rythme étant lent, il se satisfait d'excitations rares.

Au total, chaque type de matière vivante a son *régime d'entretien* privilégié. Pour l'hyperexcitable, c'est l'absorption fréquente et rapide de faibles quantités d'énergie, en échange de quoi il produit une activité intense. Pour l'hypoexcitable, c'est l'absorption rare et lente de quantités d'énergie massives qui s'accumulent sans produire du travail.

Par l'étude précédente, nous sommes dès maintenant en possession des correspondances que nous recherchions au début entre les fonctions ana et cataboliques, le rythme fonctionnel et l'excitabilité. Poursuivons plus avant, et bientôt nous allons voir se rejoindre la typologie des Anciens et celle de SIGAUD.

Fonction et forme. — Il ne suffit pas de concevoir d'une manière théorique les relations d'un organisme avec son ambiance ; il faut encore être en mesure d'évaluer dans la pratique son degré d'excitabilité, et, par là, la manière dont il se comporte dans des conditions de milieu déterminées. La méthode expérimentale peut donner le résultat cherché : on soumet l'organisme à certaines excitations et on détermine d'une part son seuil, d'autre part l'intensité de l'action subie (1). Mais une telle méthode se montre ici insuffisante, parce qu'elle est trop longue à mettre en œuvre et, par là, incapable de saisir l'organisme dans ses « moments évolutifs ». Selon SIGAUD, la méthode morphologique seule, étant basée sur des rapports simples et immédiatement appréciables, satisfait à ce qu'on attend d'elle. Dans le cours de ce travail, nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'importance de l'habitus extérieur dans l'étude du tempérament. Nous avons vu que le rapport intime qui unit la forme d'un organisme à la fonction qu'il accomplit donne à cette forme un sens. Pour SIGAUD, si les transformations que subissent dans l'économie les énergies absorbées nous restent pour la plupart inconnues, par contre nous pouvons apprécier indirectement ces transformations en comparant les énergies du milieu et celles de l'organisme au lieu même de leurs échanges, c'est-à-dire à la surface du corps (2). Cette surface, qui est la forme, garde en effet la trace de tous les échanges. Aussi peut-on dire que, *par ce qui est en elle stable et permanent, la forme extérieure indique les échanges passés ; et par ce qui est en elle instable et transitoire, elle indique les échanges actuels* (3).

1. Quelques exemples : L'étude du temps de réaction à une excitation déterminée. L'étude radiologique du péristaltisme gastro-intestinal après ingestion d'un certain repas..., etc.

2. Sigaud écrit : « Tout ce circuit d'aller et de retour qui relie l'homme au monde et le monde à l'homme nous est inconnu dans la plupart de ses étapes. Une étape [seule] est accessible à nos sens, celle qui correspond au contact de la matière ambiante et de nos appareils périphériques. »

3. Aristote disait (Traité de Physiognomonie) :

« Ce qui est durable dans la forme exprime ce qui est immuable dans la nature de l'être ; ce qui est mobile et fugace dans cette forme exprime ce qui, dans cette nature, est contingent et variable. »

Ceci trouve des applications très importantes au sujet qui nous occupe. Remarquons que chez l'homme comme chez tout vertébré, une partie du corps devient, une fois la croissance terminée, à peu près immuable ; c'est, nous l'a-

La fonction anabolique qui consiste, nous le savons, dans l'accumulation des réserves nutritives et dans l'économie de leur dépense, cette fonction *dilate* la forme.

La fonction catabolique, qui est dépense d'énergies matérielles et autres, affaisse ou *rétracte* la forme.

La forme, en se dilatant, tend à la sphère, c'est-à-dire à la figure géométrique qui englobe pour une même surface le volume maximum (1).

La forme en se rétractant tend aux surfaces planes, c'est-à-dire à la figure géométrique qui renferme le plus petit volume par unité de surface (2).

Chez l'organisme mésoexcitable, selon la loi de l'alternance des états contraires, la forme se dilate ou se rétracte suivant la phase fonctionnelle, mais ces variations sont de peu d'amplitude. Elles engendrent une forme sinueuse, *ondulée*, dont les surfaces convexes représentent les parties en activité anabolique et les surfaces concaves ou planes les parties en activité catabolique.

Chez le type hyperexcitable, en vertu de la prédominance catabolique, la forme se rétracte de plus en plus au cours de l'évolution individuelle. Parallèlement, l'excitabilité et la rapidité des rythmes augmentent, renforçant la prédominance initiale et créant peu à peu un déséquilibre avec le milieu. Les organismes de ce type sont grêles et s'amenuisent de plus en plus ; leur surface extérieure est aplatie de nombreuses facettes (modèle *plat* de Sigaud).

Chez le type hypoexcitable, en vertu de la prédominance anabolique, la forme se dilate de plus en plus. En parallélisme avec cette évolution, l'excitabilité et la fréquence du rythme

vons vu, le squelette. La forme du squelette objective donc les fonctions les plus anciennes, tandis que les parties molles peuvent indiquer une fonction récemment en jeu. Par exemple, un organisme *dilaté* depuis sa naissance sera très différent par son squelette d'un organisme *rétracté* qui se dilate une fois la croissance terminée et qui arrive à ressembler au précédent par l'aspect de ses parties molles (cf. plus loin).

1. De ce fait les dépenses, qui sont proportionnelles aux surfaces, sont automatiquement diminuées.

2. Disposition qui accroît les échanges d'énergie, et particulièrement les dépenses.

diminuent, accentuant en retour la prédominance, d'où un déséquilibre progressif avec le milieu. Les organismes de ce type sont volumineux et arrondis (modèle *rond* de Sigaud) (1).

Nous avons vu au paragraphe précédent quel est le *régime d'entretien* de chacun de ces types : excitations faibles et souvent répétées pour l'un ; excitations massives et rares pour l'autre. Comparons ce résultat, obtenu par un développement logique, avec le contenu de la page où SIGAUD oppose deux types morphologiques selon le rythme fonctionnel (cf. p. 263). Il y a concordance parfaite.

Langage du comportement. — Les données précédentes paraîtront au premier abord très abstraites. Elles le sont d'autant plus que nous nous sommes astreints à parler le langage de l'Energétique, en considérant les échanges de l'être vivant avec son milieu uniquement comme des échanges d'énergie. Comme ce qui précède nous paraît une démonstration suffisante du bien fondé de la méthode, nous pouvons maintenant nous permettre de changer nos vocables et de transcrire les propositions énoncées du langage de l'Energétique dans le langage de la Conduite individuelle. Etablissons d'abord les équivalences de ces deux langages.

Les fonctions anabolique et catabolique, lorsqu'on quitte le vocabulaire physiologique pur pour le vocabulaire psychophysiologique, apparaissent comme correspondant aux principaux instincts de l'Homme. Nous avons déjà parlé de ce point de vue dans les pages qui préludent à l'exposé des connaissances antiques (cf. Aspect psychologique). Les fonctions anaboliques équivalent aux instincts de conservation, dont les plus importants sont l'instinct de nutrition et l'instinct du sommeil. Les fonctions cataboliques équivalent aux instincts utilitaires de défense et d'attaque et à cet instinct désintéressé qu'est l'instinct de jeu. L'instinct sexuel, l'instinct maternel, les instincts grégaires sont intermédiaires et participent aux deux genres d'activité.

1. « Alors que l'organe affaissé est d'une sensibilité exquise, écrit SIGAUD, l'organe gonflé est remarquable par son faible degré d'excitabilité ».

Transposée dans le plan psycho-physiologique, l'excitabilité devient sensibilité et au seuil de l'excitabilité correspond le seuil sensible. Hypo- et hyperesthésie sont des termes équivalents à hypo- et hyperexcitabilité.

La fonction catabolique est considérée habituellement comme active, la fonction anabolique comme passive. En état d'hyperexcitabilité, on dit encore que l'organisme *réagit* aux actions du milieu, et ses réactions qui, dans la plupart des cas, ont pour effet de le maintenir en équilibre avec le milieu, apparaissent comme adaptées : l'organisme se comporte comme si cette adaptation était le but qu'il poursuit. De là vient le terme *Comportement*, souvent employé au lieu et place du mot conduite. Quand vient la phase anabolique, on dit que la fatigue apparaît et que l'organisme se repose, ou dans d'autres cas qu'il s'est habitué à l'excitation. Nous emploierons parfois ce langage, plus usuel et moins abstrait, mais nous faisons remarquer une fois pour toutes qu'il correspond strictement au langage précédent.

DIFFÉRENCIATION

Pour obtenir les résultats qui précèdent, nous avons considéré l'organisme comme homogène : nous avons supposé que toutes ses parties constituantes exercent la même fonction. Autrement dit, nous avons assimilé l'être pluricellulaire à un protozoaire. Cette assimilation n'est légitime que pour un aperçu grossier. Car, dès que plusieurs cellules s'unissent, chacune d'elles se spécialise dans une fonction privilégiée.

Cette différenciation est à l'origine de la complexité de l'être humain. Elle s'accomplit tout naturellement dans le sens des deux grandes fonctions. Certaines cellules, placées à la périphérie de l'agrégat, sont de ce fait au contact immédiat du milieu, et soumises de la part de celui-ci à des excitations fortes ; elles deviennent hyperexcitables et fonctionnent en prédominance catabolique. Ces cellules sont petites et aplaties. Par contre, les cellules qui restent au centre de l'agrégat sont séparées du

milieu par les cellules périphériques ; les excitations leur parviennent atténuées, filtrées en quelque sorte. Aussi deviennent-elles hypoexcitables et tendent-elles à la prédominance anabolique. Ces cellules sont volumineuses et arrondies.

Les unes et les autres se groupent en tissus de même espèce, ces tissus en organes, ces organes en appareils. Et, comme les cellules dont ils sont formés, ces ensembles se disposent à la périphérie ou au centre de l'économie.

Si la différenciation était complète, l'organisme serait en quelque sorte divisé en plusieurs tronçons et ne serait pas viable. Mais il n'en est pas ainsi. Certaines parentés de fonctionnement continuent d'unir toutes les cellules en vertu de leur homogénéité structurale première, et permettent, chaque fois qu'elle se montre nécessaire, la synergie fonctionnelle de toutes les parties de l'organisme. Grâce à elle, l'être vivant, malgré la complexité de sa structure, reste un « individu ». Donc, quand nous appliquerons à un appareil organique l'épithète cata- ou anabolique, il ne faudra pas oublier que nous entendons désigner par ce qualificatif non l'exercice exclusif, mais seulement la prédominance de l'une ou l'autre fonction.

Pour SIGAUD, nous l'avons vu, l'organisme humain est composé de quatre appareils principaux enveloppant un noyau central cardio-rénal. Examinons à nouveau la conception de cet auteur à la lumière des notions plus précises que nous possédons maintenant. Il nous apparaît tout d'abord que deux de ces appareils sont à mettre au premier plan par le rôle qu'ils jouent dans l'économie : ce sont les appareils Digestif et Sensitivo-musculaire. Ce sont en effet la cellule digestive et la cellule sensitivo-musculaire (1) qui, dans l'organisme, se sont différenciées le plus nettement, la première en vue d'assumer la plus grande part de la fonction anabolique, la seconde en vue d'assumer la fonction catabolique.

1. Nous pensons qu'on est en droit de considérer la cellule sensitive, la cellule musculaire et l'arc nerveux qui les réunit comme un ensemble, vu la synergie des réactions de ces trois éléments.

Avant d'aborder l'étude des tempéraments des Anciens, nous avons admis en grossière approximation que les membres correspondent à la fonction catabolique, et le tronc à la fonction anabolique. La réalité n'a pas cette simplicité schématique. Les différents appareils ne sont pas séparés par des cloisons étanches ; ils poussent des prolongements les uns dans les autres, grâce auxquels la synergie fonctionnelle peut s'établir plus aisément.

Ainsi l'appareil de nutrition occupe surtout la partie sous-diaphragmatique du tronc (ventre et bassin), séparé là par une ceinture cutanée musculaire et graisseuse des actions ambiantes. Mais il se prolonge par le tube œsophagien jusqu'au vestibule buccal, par lequel il entre en contact avec le milieu alimentaire. Sauf par ce vestibule, l'appareil de nutrition ne reçoit donc les excitations que d'une manière médiate. Les aliments ne parviennent dans sa cavité que transformés mécaniquement et échauffés à la température du corps. Aussi est-ce le type de l'appareil anabolique : ses rythmes fonctionnels sont lents ; sa sensibilité confuse ; son activité catabolique est minime (mastication, déglutition, péristaltisme gastrique et intestinal), elle dure peu de temps et elle est suivie d'une longue période d'assimilation anabolique. Cette activité fonctionnelle est très exactement représentée par la courbe 3. Son régime d'entretien est celui des appareils anaboliques ; il consiste dans l'absorption lente et répétée à de rares intervalles d'une forte quantité d'énergie. Sa forme tend au « rond ».

L'appareil sensitivo-musculaire occupe non seulement les membres et leurs ceintures, comme l'a dit SIGAUD, mais encore toute la partie périphérique du tronc (son enveloppe de peau et de muscles). Il est formé des muscles et de leurs leviers osseux d'une part, du revêtement cutané d'autre part. Il occupe une grande étendue et un volume réduit. Il est au contact immédiat du milieu dont les excitations physiques le touchent directement. Aussi est-ce le type de l'appareil catabolique : sa sensibilité est vive, ses rythmes rapides ; son activité anabolique (repos) est faible, comme le figure la courbe 2. Son régime d'entretien est

celui des appareils cataboliques, il consiste dans l'absorption rapide et souvent répétée de faibles quantités d'énergie. Sa forme tend à la plus grande surface (modelé à facettes).

Chacun des deux appareils que nous venons d'examiner possède donc une *destinée physiologique* très précise, et l'on ne conçoit pas que chez eux la différenciation puisse s'accomplir dans un autre sens que celui-là. Il y a donc pour chaque appareil une prédominance en quelque sorte *idéale* qui répond le mieux à cette destinée physiologique. La prédominance idéale de l'appareil D, c'est celle qui assure à l'organisme les matériaux dont il a besoin pour s'édifier : c'est la prédominance anabolique. La prédominance de l'appareil M, c'est celle qui favorise l'activité la plus abondante : c'est la prédominance catabolique. Ici hyperesthésie et rapidité. Là hypoesthésie et lenteur. Ici formes finement délinéamentées, là formes massives et arrondies.

Cette notion qu'il existe pour chaque appareil un idéal dans la prédominance fonctionnelle semble avoir totalement échappé à l'école de SIGAUD. Or sa connaissance prévient un grand nombre d'erreurs. Elle permet, par exemple, de définir plus exactement les termes qu'on emploie et de n'y pas introduire d'équivoque. On trouve, avons-nous dit, dans les ouvrages du maître et de ses élèves le mot « prédominance » sans cesse employé sans aucun qualificatif qui le précise. Mais, nous le savons bien maintenant, dire qu'un appareil est prédominant sans ajouter de quelle manière il prédomine, ce n'est en aucune façon définir cet appareil. Car, si l'on entend la chose selon le point de vue fonctionnel, il est indispensable d'ajouter s'il s'agit d'une prédominance en hyperexcitabilité (prédominance des énergies dépensées) ou en hypoexcitabilité (prédominance des énergies absorbées). Et si on l'entend selon le point de vue morphologique, il faut spécifier dans chaque cas s'il s'agit d'une prédominance quantitative (en volume) ou qualitative (en richesse de modelé).

Nous verrons un peu plus loin comment cette imprécision du langage a favorisé des affirmations erronées sur la réceptivité

morbide des appareils. Pour l'instant, contentons-nous de faire observer qu'à côté de la « prédominance idéale », il existe pour chaque appareil d'autres prédominances caractérisées par un degré différent d'excitabilité. Ainsi se réalisent des types d'appareils différant par leur fonctionnement, comme SIGAUD lui-même l'a indiqué (cf. p. 263). Par exemple, à côté du type Digestif lent, dont la fonction répond aux besoins normaux de l'économie, se place le type Digestif rapide, hyperexcitable (1). De même à côté du type M rapide se place le type M lent, hyperexcitable, impropre à l'activité qu'on attend de lui.

Les mêmes remarques s'appliquent aux deux autres appareils de la classification sigaudienne, les appareils R et C. L'un et l'autre sont susceptibles de présenter deux fonctionnements opposés selon qu'ils sont de prédominance anabolique ou catabolique. Le plus souvent, d'ailleurs, dans les organismes de construction régulière, ils secondent un des appareils principaux. Nous en trouvons d'excellents exemples dans l'interprétation que l'on peut fournir des types hippocratiques. Ainsi le type I de cette classification (lymphatique) est un type de prédominance anabolique, en qui par conséquent l'appareil D occupe le premier rang (cf. description des aspects physiologique et morphologique de ce type). Chez lui, les fonctions respiratoire et cérébrale se mettent à l'unisson de la fonction digestive : la respiration est lente et peu active, et corrélativement, le thorax est globuleux, surtout développé dans la partie juxta-abdominale et le nez est du type rond ; la fonction cérébrale se résume dans une faculté très étendue d'assimilation des images et des idées, sans possibilité d'effort critique (2) ; le front est vaste et arrondi. Par contre, le type III (bilieux) est un type de prédominance catabolique chez qui l'appareil M occupe le

1. C'est celui-ci qui accuse d'ordinaire les influences nocives du milieu et qui est souvent malade (cf. plus loin).

2. Nous croyons que le même schéma peut être appliqué à l'appareil C aussi bien qu'aux autres appareils, bien que les énergies en jeu soient d'une nature très particulière. Ici, anabolisme égale assimilation, faculté de se laisser pénétrer par les éléments du milieu (excitations sensorielles). Et catabolisme égale rejet des mêmes éléments, d'où refus de se laisser pénétrer, et activité critique de la pensée.

premier rang. La fonction respiratoire seconde celle-ci, elle est rapide et active, et, corrélativement, le thorax est aplati, surtout développé dans sa partie haute, et le nez est aplati latéralement. La fonction cérébrale se caractérise par une réceptivité peu développée (difficulté de l'assimilation des idées et des images nouvelles) et par une activité critique intense ; le crâne est petit, le front bas et aplati.

* * *

Par les quelques pages qui précèdent, nous avons voulu montrer tout le profit qui peut résulter de l'étude des grandes fonctions, de l'excitabilité et du rythme fonctionnel, et surtout des liens qui réunissent ces trois notions en apparence très éloignées les unes des autres. Ce faisant, nous n'avons aucunement oublié le but de nos recherches qui est de parvenir à une définition très exacte de la prédominance fonctionnelle, autrement dit du tempérament.

D'après l'exposé que nous venons de faire, si l'organisme était semblable dans toutes ses parties constituantes, il serait facile de le définir d'une manière complète. Il suffirait en effet de déterminer quelle est sa fonction prédominante — si c'est celle d'épargne ou celle de dépense — et de combien elle prédomine. Car nous savons maintenant que, cette détermination faite, nous sommes du même coup renseignés sur la rapidité du rythme fonctionnel, sur le degré de l'excitabilité et sur la morphologie de cet organisme.

Mais une telle homogénéité de structure est très rarement réalisée, nous l'avons vu ensuite. La différenciation des diverses parties intervient, qui rend légitime la distinction des quatre appareils si bien faite par SIGAUD. Il importe dès lors d'examiner en premier lieu chaque appareil et d'évaluer ses caractéristiques essentielles (rapport des deux grandes fonctions, degré d'excitabilité, fréquence du rythme, forme). En second lieu, remettant les appareils à la place qu'ils occupent dans l'organisme, il faut montrer comment, de leur assemblage, peut résulter un être humain équilibré.

C'est ce programme que nous allons remplir maintenant. Ce sera la mise en application de notre conception personnelle.

Dans une première partie, nous allons faire l'étude des quatre appareils, en établissant pour chacun d'eux les principaux aspects de la fonction et de la forme, et, ce faisant, nous retrouverons certains attributs du tempérament déjà analysés dans la typologie des Anciens.

Dans une seconde partie, nous allons montrer comment les appareils s'assemblent pour constituer des types d'organisme. La méthode que nous avons suivie nous permettra de déduire logiquement les propriétés des organismes de celles des appareils qui les composent. Et nous serons par là en mesure non seulement de *faire la synthèse* des tempéraments hippocratiques, mais encore de *construire* des types non décrits dans ce système, en montrant les liens de filiation qui les unissent tous.

ETUDE DES APPAREILS.

Rappelons tout d'abord comment les appareils se distribuent dans l'organisme. Chacun d'eux comprend deux segments principaux : l'un représente la plus grande partie de l'appareil, et en même temps la plus profonde ; l'autre est moins étendu et plus superficiel, SIGAUD l'appelle le *vestibule*. Du moins est-ce la disposition de trois des appareils.

Ainsi, pour l'appareil D, c'est d'une part l'abdomen (son contenu) et d'autre part la cavité buccale, occupant l'étage inférieur du visage.

Pour l'appareil R, c'est d'une part le thorax (son contenu) et d'autre part le vestibule naso-malaire, occupant l'étage moyen du visage.

Pour l'appareil C, c'est d'une part le crâne (son contenu) et d'autre part les appareils sensoriels de l'ordre le plus élevé, l'oreille et surtout l'œil, véritable vestibule de cet appareil.

Les conditions de l'appareil M sont un peu différentes : ici la partie superficielle est la plus importante, étant formée par le revêtement cutané dans son entier ; si l'on tient néanmoins la

partie dont la sensibilité est la plus vive comme le « vestibule » de cet appareil, ce rôle sera tenu par la main, organe du sens tactile.

Nous allons présenter les divers types d'appareils en tableaux, disposition qui fera plus nettement ressortir les caractères de chacun d'eux.

1. APPAREIL DIGESTIF.

Hypoexcitable. (Prédominance anabolique).	Hyperexcitable. (Prédominance catabolique).
<i>Fonction.</i>	<i>Fonction.</i>
Seuil sensible élevé : sens du goût peu délicat, appétit peu impérieux.	Seuil sensible bas : sens du goût très délicat, appétit souvent impérieux (fringales).
Rythmes lents : transit digestif lent, repas rares.	Rythmes rapides : transit digestif rapide, repas fréquents.
Régime d'entretien : Repas rares et considérables. Alimentation monotone, peu sapide, riche en graisse et en eau.	Régime d'entretien : Repas nombreux et peu abondants. Alimentation variée, très sapide, riche en épices et excitants nervins, pauvre en eau.
<i>Forme.</i>	<i>Forme.</i>
Cf. Type I des Anciens (fig. 1 et 3). Abdomen dilaté et rond (modèle uniforme). Aucun relief musculaire. Embonpoint important.	Cf. Type III et IV (fig. 1, 6 et 7). Abdomen rétracté et aplati (modèle très différencié). Reliefs musculaires accusés. Embonpoint nul.
Au palper, rénitence.	Au palper, élasticité.
A la percussion, sonorité uniforme (1).	A la percussion sonorités diverses.
Vestibule buccal : mâchoire arrondie en demi-cercle. Joues grasses. Bouche grande. Lèvres épaisses et peu mobiles.	Vestibule buccal : mâchoire triangulaire, effilée. Joues maigres et plates. Bouche petite. Lèvres minces et très mobiles.

2. APPAREIL MUSCULAIRE.

Hyperexcitable. (Prédominance anabolique).	Hypoexcitable. (Prédominance catabolique).
<i>Fonction.</i>	<i>Fonction.</i>
Seuil sensible élevé : sens du toucher obtus.	Seuil sensible bas : sens du toucher très délicat.

1. SIGAUD a donné dans son œuvre un très grand développement à l'Exploration externe du tube digestif. Nous n'avons pu le suivre ici dans ces développements.

Rythmes lents : temps de réaction musculaire à une excitation très long.

Régime d'entretien : Repos couché, monotonie des attitudes et des gestes (l'exercice lent fait engraisser).

Forme.

Cf. Type I.

Membres gros et ronds. Ossature épaisse et ronde, mais fragile. Muscles volumineux, formé d'un corps musculaire important, rénitent au palper, et d'un tendon très court, sans élasticité. Graisse abondante effaçant les reliefs. Peau épaisse sans pigment, glabre, froide, peu élastique.

Ceintures musculo-cutanées du tronc arrondies.

Rythmes rapides : temps de réaction court.

Régime d'entretien : Activité de dépense incessante. Variété des gestes et des attitudes (se fatigue vite à une tâche monotone).

Forme.

Cf. Type III et IV (et alliage 3,4).

Membres maigres et plats. Ossature fine, aplatie, mais résistante. Muscles grêles, formés d'un corps musculaire court, souple et élastique, et d'un tendon allongé très élastique. Graisse absente. Peau fine, pigmentée, velue, chaude, élastique.

Ceintures musculo-cutanées du tronc aplaties.

3. APPAREIL RESPIRATOIRE.

Hypoexcitabilité.

(Prédominance anabolique).

Fonction.

Seuil sensible élevé : sens olfactif peu délicat.

Rythmes lents. Respiration lente et diaphragmatique.

Régime d'entretien : Absorption rare et massive d'air. Grande capacité respiratoire (aptitude à la plongée). Goût d'un air stagnant et humide (Pays-Bas).

Forme.

Cf. Type I.

Thorax globuleux et de modelé uniforme, plus développé dans sa moitié inférieure que dans sa moitié supérieure (épaules tombantes). Embonpoint important. Rénitence. Sonorité sourde et uniforme.

Vestibule nasal : Nez aussi large que haut, peu saillant sur le plan du visage, de base épatée et relevée, d'ailes lourdes et peu mobiles. Joux grasses.

Hyperexcitabilité.

(Prédominance catabolique).

Fonction.

Seuil bas sensible : sens olfactif très délicat.

Rythmes rapides. Respiration rapide, costale supérieure.

Régime d'entretien : Absorption fréquente de faibles quantités d'air. Capacité respiratoire petite (1). Goût d'un air sec et fréquemment renouvelé (climat de montagne).

Forme.

Cf. alliage III, IV.

Thorax aplati et de modelé plat-bossué, plus développé dans sa moitié supérieure (épaules droites) que dans sa moitié inférieure. Embonpoint nul. Elasticité. Sonorité élevée et variable selon les zones.

Vestibule nasal. Nez haut, étroit, saillant sur le plan du visage, de narines en fente allongée, d'ailes légères et très mobiles. Pommettes saillantes.

1. Quand l'hyperexcitabilité n'est pas trop accusée, cette disposition favorise le mouvement rapide de plein air (aptitude à la course, type III).

4. APPAREIL CÉRÉBRAL.

Hypoexcitabilité.

(Prédominance anabolique).

Fonction.

Seuil sensible élevé : sens de l'ouïe et de la vue peu affinés, conscience confuse.

Rythme psychique lent.

Régime d'entretien : Toutes les impressions, quelles qu'elles soient, sont reçues sans triage ni effort critique. Apragmatisme. Tendance au rêve.

Forme.

Crâne volumineux et rond.

Front vaste et arrondi, fait d'une seule courbe. Cheveux rares, clairsemés, blonds.

Œil globuleux, à fleur de tête, peu mobile, de prunelle claire. Pupille supérieure tombante. Regard vague et embué.

Hyperexcitabilité.

(Prédominance catabolique).

Fonction.

Seuil sensible bas : sens de l'ouïe et de la vue très fin ; conscience claire.

Rythme psychique rapide.

Régime d'entretien : Toutes les impressions ne sont pas reçues, mais seulement certaines privilégiées. Activité critique de la pensée. Pragmatisme.

Forme.

Crâne petit et d'un modelé à facettes.

Front petit et plat, différencié. Cheveux drus, secs et bruns.

Œil petit, peu saillant, très mobile, de prunelle foncée. Regard sec et brillant.

Il est bien entendu que nous avons décrit les caractères des deux états extrêmes pour mieux faire ressortir leurs oppositions. L'état de mésoexcitabilité présente des caractères intermédiaires pour chaque appareil. La prédominance idéale est, pour l'appareil D, un état de méso-hypoexcitabilité, et pour l'appareil M un état de méso-hyperexcitabilité. Plus l'un et l'autre s'écartent de cet état privilégié, plus les chances de maladie se font nombreuses. Nous aurons lieu d'en traiter plus longuement dans ce qui va suivre.

ETUDE DES TYPES.

Nous connaissons maintenant très exactement chacun des appareils périphériques, l'aspect particulier de leur fonction et de leur forme et le régime du milieu qui convient à leur degré d'excitabilité (régime d'entretien).

Ce sont là des matériaux qui vont nous servir à *construire* les principaux types d'organisme que l'on rencontre dans la Nature.

Dans cette construction, nous ne pouvons nous borner à *juxtaposer* les appareils, nous devons les *hiérarchiser* selon leur importance respective dans l'économie, c'est-à-dire selon la valeur de leur excitabilité. SIGAUD a bien vu que la plus grande perfection d'un être vivant est dans cette hiérarchie de ses parties constituantes. Il a fait voir qu'elle ne fait défaut que chez les organismes indifférenciés, ceux qu'il appelait les *ronds uniformes*, et qui correspondent assez exactement au type I de la classification des Anciens. Tous les autres sont hiérarchisés, mais ils le sont d'une manière très différente selon le cas. Les uns ont subi une différenciation *régulière* grâce à laquelle se maintient étroitement la synergie fonctionnelle de toutes les parties du corps et l'harmonie de leur assemblage : ce sont les types *francs* de SIGAUD. Les autres ont subi une différenciation *irrégulière* ; leurs différentes parties tendent à se *dissocier* fonctionnellement et leur hiérarchie est dysharmonique ; ce sont les types *irréguliers* du même auteur.

Examinons-les tour à tour.

Types d'évolution régulière. — En premier lieu les *types francs*.

L'observation enseigne ce qui suit. Pour que la différenciation d'un organisme qui évolue au sein d'un milieu déterminé soit régulière, il faut que cet organisme soit bien adapté au plus grand nombre des excitations ambiantes ; comme ce plus grand nombre gravite autour d'une moyenne, il faut que l'organisme soit mésoexcitable. Un tel organisme se développe sans à-coup, en gardant son équilibre fonctionnel. Toutefois, en vertu de la dissymétrie du milieu, qui fait prédominer tantôt le régime d'épargne (1), tantôt le régime de dépense (2), l'organisme ne peut se maintenir dans cet état limite de mésoexcitabilité. Il penche dans un sens ou dans l'autre, soit vers une prédominance anabolique, soit vers une prédominance catabolique. Dans les deux cas, ses appareils se distribuent hiérarchiquement, l'appareil directeur étant dans le premier cas l'appareil D, dans le second

1. Cas d'excitations faibles.

2. Cas d'excitations fortes.

l'appareil M, les autres inclinant plus ou moins vers l'état de mésoexcitabilité.

C'est ainsi qu'il faut comprendre selon nous l'évolution de l'être humain aux différents âges et la différenciation des sexes.

Chez le tout petit enfant (du type franchement hiérarchisé), les gains dépassent les dépenses ; ainsi l'exige la croissance. Aussi



FIG. 8

la prédominance est-elle anabolique et digestive, et la forme tend-elle au Rond : une boule pour la tête, une autre boule pour le tronc, des membres courts et boudinés dont le galbe est fait d'une courbe unique ; embonpoint important, pigmentation faible. Rythme moteur et psychique lents (1). Activité mentale

1. Les rythmes digestif et respiratoire sont rapides en apparence, mais dans la comparaison qu'on peut établir avec les mêmes rythmes chez l'organisme adulte, il faut faire entrer en ligne de compte la petitesse du corps du nourrisson.

purement assimilatrice. Nécessité d'un sommeil abondant, d'une alimentation liquide peu excitante (cf. fig. 8).

A mesure que l'enfant croît en âge et en taille, ses fonctions cataboliques se développent et tendent à contre-balancer l'anabolisme. L'appareil sensitivo-musculaire devient actif. Les aliments tolérés sont chaque jour plus nombreux. La différenciation morphologique s'accomplit : le corps se « dépouponne », les membres s'allongent, le modelé passe progressivement, sans toutefois y atteindre, du rond à l'ondulé (1).

Les différences selon le sexe — si l'on met à part la structure des organes génitaux — sont peu appréciables jusqu'à la puberté. A cette période, elles vont s'accuser nettement, soulignant l'évolution génitale. Et nous allons voir se réaliser les deux types francs dont nous avons parlé (2).

Le type franc en qui l'épargne nutritive prédomine sur la dépense, c'est le type *féminin* ; celui en qui la dépense prédomine sur l'épargne, c'est le type *masculin*.

La jeune fille garde en effet de l'enfant la prédominance nutritive, nécessaire chez elle aux maternités futures. Dans l'ordre fonctionnel méso-hypoexcitabilité (courbe 3) ; rythmes plus lents ; activité sédentaire et moins abondante que le type masculin ; fragilité de l'appareil sensitivo-musculaire ; passivité sexuelle ; besoin d'être protégée ; intelligence surtout assimilatrice et imaginative. Dans l'ordre morphologique, la croissance en taille s'arrête tôt ; les membres restent un peu plus courts que le tronc ; le ventre et le bassin prennent de l'ampleur et prédominent sur les autres parties ; les épaules tombent légèrement ; la peau est blanche et glabre ; un embonpoint modéré enveloppe les formes contribuant, par l'adoucissement des lignes, à créer le modelé ondulé-rond (fig. 9).

Chez le jeune homme, par contre, la vie de relation se développe jusqu'à équilibrer la vie nutritive, si même elle ne la domine. Dans l'ordre fonctionnel, méso-hyperexcitabilité ; rythmes

1. En effet le modelé ondulé correspond à l'équilibre des apports et des dépenses, c'est-à-dire à l'arrêt de toute croissance.

2. Sigaud décrit quatre types francs. Nous ne le suivons pas dans cette voie. Selon nous ni le type R franc, ni le type C franc n'ont d'existence réelle.

plus rapides, activité plus abondante et de champ plus étendu que le type féminin ; résistance plus grande de l'appareil sensitivo-musculaire ; sexualité dominatrice ; instinct combattif ; intelligence peu imaginative, mais critique et pragmatique. Dans l'ordre morphologique, la différenciation se poursuit après la vingtième année et la taille augmente par l'allongement des membres ; le bassin est étroit, les épaules larges ; l'embonpoint est médiocre et les muscles dessinent leur relief sous une peau pigmentée et velue ; le modelé est ondulé-plat (fig. 10).

Mais, nous le disons encore, chez les types humains harmonieusement évolués, dont la hiérarchie organique est régulière, l'écart du type masculin et du type féminin avec le type méso-excitabile est faible.

Les Anciens, nous l'avons vu, concevaient un être idéal, le *temperamentum ad justitiae*, assez bien représenté par leurs sculpteurs dans le Canon (fig. 1). Quand ils figurèrent des femmes, inconsciemment ou de propos délibéré, ils ne s'écartèrent pas de leur Canon masculin, et, à l'époque grecque classique tout au moins, les types féminins les plus accomplis dissimulent mal sous des formes « enveloppées » une construction et une musculature qui les apparentent aux types masculins (1). Par contre, dans l'Art de la Renaissance et aux époques suivantes, on voit s'épanouir les formes humaines les plus variées et s'affirmer en particulier avec netteté la distinction des sexes. Aussi nous sommes-nous inspirés des œuvres de l'art moderne pour obtenir des types que nous décrivons une représentation fidèle.

Nous ne nous dissimulons pas les objections que l'on peut faire à l'opposition formulée par nous dans les lignes précédentes. Elles se résument toutes dans celle-ci : que certains des attributs que nous prêtons au type masculin peuvent s'observer chez des femmes et *vice versa*. Cette argumentation cache une erreur : celle qui consiste à confondre un type dont la destinée physiologique est nette, avec les altérations que ce type est sus-

1. De la même manière, ils les ont toujours pourvues de jambes longues.

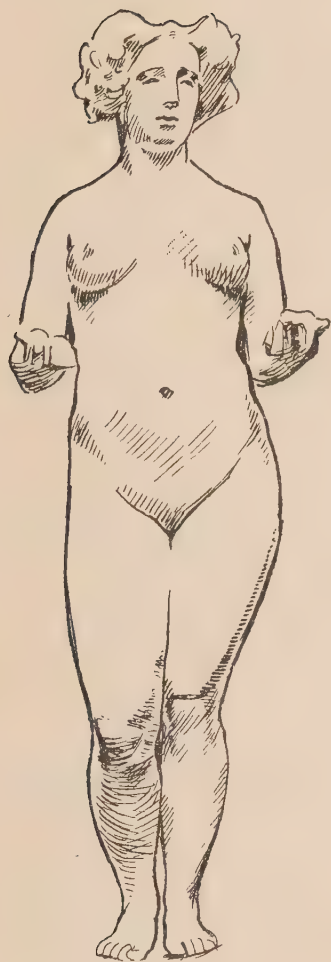


FIG. 9

Dessin d'après la *Pomone*,
d'Aristide MAILLOL.



FIG. 10

Dessin d'après *L'Age d'airain*,
de A. RODIN.

ceptible de subir sous des influences diverses, au premier rang desquelles il faut placer les erreurs d'hygiène.

Que la femme du type que nous avons décrit oublie sa mission de *genitrix* et de gardienne paisible du foyer ; que, contrainte ou libre, elle s'adonne aux travaux qui sont l'apanage de l'homme ; bientôt, elle acquerra une excitabilité plus grande, en vertu de laquelle l'appareil sensitivo-musculaire prendra le pas dans son économie sur l'appareil nutritif. Comme il est rare que cette évolution, à laquelle la femme n'est pas préparée, ait lieu sans à-coup, il en résultera, beaucoup plus souvent qu'un type harmonieux, un de ces types d'évolution et de morphologie irrégulières que nous allons décrire bientôt. Que, par de telles transformations, il puisse surgir chez la femme des valeurs nouvelles, particulièrement dans l'ordre moral, nous ne le contestons nullement, mais nous estimons que ces « conquêtes » ont leur rançon dans des maternités moins heureuses et dans la fréquence des névroses.

Qu'inversement l'homme laisse son activité s'endormir, tout en mangeant plus que ses besoins ne l'exigent, il subira l'engorgement par les matières nutritives qui résulte d'une prédominance anabolique malencontreuse. Sa forme se dilatera jusqu'à atteindre parfois des proportions monstrueuses. Et, parallèlement, la vitalité de l'organisme diminue « *Plures occidit gula quam gladius* ».

Types d'évolution irrégulière. — Nous venons de dépeindre l'évolution d'un type humain idéal, chez lequel les appareils organiques sont régulièrement hiérarchisés. Selon que sa destinée physiologique le porte vers une prédominance anabolique ou vers une prédominance catabolique, il se réalise dans ce type deux variétés conformes à la différenciation des sexes. Avec la variété féminine, nous sommes sur le chemin des types d'organisme hypoexcitables, avec la variété masculine, sur celui des types hyperexcitables.

Au fur et à mesure que la Nature s'écarte de l'état de méso-excitabilité, soit dans un sens, soit dans l'autre, elle construit des

organismes dont l'équilibre n'est plus assuré aussi aisément que celui du type régulier. On conçoit toutefois que les difficultés de l'adaptation soient moindres pour les organismes qui ne font qu'accentuer l'écart lié à la différenciation sexuelle, que pour les autres. Ainsi l'hyperexcitabilité peut augmenter un peu sans dommage pour le type masculin ; de même l'hypoexcitabilité pour le type féminin. Par contre, comme nous l'avons déjà laissé entendre dans les pages qui précèdent, l'inversion de la formule habituelle est une source de désordres importants. Ceci doit être bien présent à l'esprit dans l'interprétation de ce qui va suivre.

Nous allons tout d'abord examiner quelles sont les causes ordinaires de cette excitabilité anormale (hypo ou hyper) à la faveur de laquelle se constituent des types différents du type humain idéal. Puis nous étudierons longuement les conséquences qui en résultent pour l'organisme.

Nous avons vu en débutant que l'organisme mésoexcitable peut devenir passagèrement hypo- ou hyperexcitable sous certaines influences du milieu qui l'entoure, mais que, dans la grande majorité des cas, cette modification cesse avec la cause qui l'a produite, si bien que ce type d'organisme garde indéfiniment son équilibre. Toutefois ces actions du milieu, lorsqu'elles se répètent fréquemment, sont susceptibles à la longue de déterminer dans l'organisme une très petite modification permanente. Supposons par exemple que ce soit un certain degré d'hyperexcitabilité. Que l'influence du milieu soit capitalisée par l'hérédité, et l'on verra cette hyperexcitabilité d'abord légère s'accuser de génération en génération jusqu'à la création de types d'organismes très différents du type originel. Même remarque en ce qui concerne l'hypoexcitabilité (1).

Les conséquences de ces faits sont des plus importantes. Exa-

1. Parmi les influences du milieu susceptibles d'agir sur plusieurs générations il faut placer au premier rang le climat, qui contribue si puissamment à la formation des races. L'humidité, une chaleur douce voisine de l'optimum physiologique favorisent l'hypoexcitabilité. La sécheresse, les excès du chaud et du froid ont un effet inverse. Ce ne sont là que quelques exemples

minons-les successivement dans l'ordre fonctionnel et dans l'ordre morphologique.

Dans l'ordre fonctionnel, comme l'excès d'excitabilité entraîne une forte prédominance catabolique, et l'insuffisance d'excitabilité une forte prédominance anabolique, il en résulte que cette prédominance trop marquée d'une des grandes fonctions a sa rançon dans l'insuffisance de la fonction adverse. Il y a donc un point faible dans ces organismes : chez le type hypoexcitable, c'est l'appareil M, chez le type hyperexcitable, c'est l'appareil D. D'autre part, tandis que l'organisme mésoexcitable se maintient un très long temps dans son degré initial d'excitabilité, les autres montrent une tendance à un déséquilibre progressif. Chez l'un, l'hypoexcitabilité tend à augmenter de plus en plus, favorisant une absorption toujours plus grande des énergies du milieu, jusqu'à un point limite où la vie est étouffée par l'engorgement des matières nutritives. Chez l'autre, l'hyperexcitabilité a en sens inverse le même effet ; elle détermine une activité catabolique de plus en plus intense, jusqu'à l'épuisement de toute réserve d'énergie. C'est un des plus grands mérites de SIGAUD que d'avoir montré la *fatalité physiologique* qui fait tomber ces types d'organisme du côté où leurs tendances innées les faisaient pencher. Ce biologiste a très bien indiqué aussi ce qui arrive quand l'hyper- ou l'hypoexcitabilité ont atteint leur point limite. En application de la loi de l'alternance des états contraires qui, nous l'avons vu, gouverne tout être vivant, *le signe de l'excitabilité s'inverse* : l'organisme qui a épuisé ses réserves (en hyper) se met en fonctionnement anabolique pour en amasser d'autres, l'organisme qui en a trop accumulé (en hypo) les dépense. Il se passe ici un phénomène analogue à celui que nous avons décrit chez l'organisme d'évolution régulière : une alternance d'activité anabolique et d'activité catabolique. Mais tandis que nous avons alors un retour régulier de ces activités, et un équilibre entre leurs valeurs, caractéristiques du fonctionnement en mésoexcitabilité, il n'en est plus de même ici. Les activités contraires se succèdent irrégulièrement et la prédominance de l'une sur l'autre reste bien marquée. De plus, contrai-

rement à l'organisme mésoexcitable, dont les écarts en plus ou en moins sont toujours modérés (*in medio stat virtus*), l'organisme *hypo-hyperexcitable* se porte constamment d'un extrême à l'autre de l'échelle des valeurs.

Dans l'ordre morphologique, nous retrouvons les mêmes phénomènes. Comme nous l'avons vu déjà, l'organisme doté à sa naissance d'une forte hypoexcitabilité se développe en épaisseur plutôt qu'en surface. Il se *dilate* et tend à la sphère. L'organisme doté d'une forte hyperexcitabilité évolue, par contre, en *se rétractant*. Il est grêle, mince, et les surfaces, chez lui, l'emportent sur les volumes. Mais dilatation et rétraction ont toutes deux une limite. Et lorsque le signe de l'excitabilité s'inverse, l'organisme dilaté se rétracte, l'organisme rétracté se dilate. L'évolution morphologique est donc elle aussi irrégulière, et, de même que les variations physiologiques, les variations de l'aspect extérieur ont chez ces types d'organisme une amplitude beaucoup plus grande que chez le type régulier. On connaît bien en clinique ces individus de morphologie variable, qui passent en quelques années de l'extrême minceur à un embonpoint considérable, puis maigrissent à nouveau et ainsi de suite. Mais l'idée de rapporter cette manière d'être particulière à des propriétés physiologiques fondamentales n'est venue à l'esprit de personne avant SIGAUD.

Comme nous l'avons vu en étudiant la différenciation du corps humain en appareils, toutes les parties de l'organisme n'ont pas le même degré d'excitabilité. Il s'ensuit que le phénomène d'inversion envisagé ci-dessus n'est pas obligatoirement généralisé à toute l'économie, mais peut se limiter à certaines zones privilégiées. La rétraction comme la dilatation peuvent donc être localisées, apportant à un organisme rond des zones plates, à un organisme plat des zones arrondies ou bosses. Ainsi se constituent des types complexes que l'école de SIGAUD appelle *rétracté-bossués*.

La maladie chez les principaux types. — Les traits essentiels des organismes hypo- et hyperexcitables étant exposés, nous

allons examiner de plus près sous quels aspects ces types se présentent dans la nature, et comment se réalisent les troubles morbides qui, comme nous l'avons vu, résultent des défauts de leur adaptation au milieu.

Il est tout d'abord nécessaire de comprendre la nature exacte de la Maladie. Comme bien des notions qui « vont de soi », celle-ci est le plus souvent très mal définie. Pour SIGAUD, il n'y a pas de différence essentielle entre l'état physiologique et l'état pathologique. La maladie n'est que l'exagération des changements fonctionnels et morphologiques qui, à l'état normal, s'accomplissent incessamment dans l'organisme. Du moins telle est la conception en quelque sorte théorique que l'on peut s'en former. Mais dans la pratique, on l'entend d'ordinaire d'une façon très différente : la maladie, c'est le trouble ressenti et accusé par l'individu. « Vous souffrez, vous êtes malade ; vous ne souffrez pas, vous n'êtes pas malade ! » Telle est l'opinion la plus couramment exprimée.

Faire ainsi de la douleur le critérium de l'état morbide, c'est, dit SIGAUD, se préparer à commettre d'étranges erreurs pronostiques, car c'est méconnaître à quel point la constitution individuelle peut intervenir dans cet élément tout subjectif. En réalité, l'état morbide est constitué dès que les réactions de l'organisme cessent d'être adéquates aux excitations de l'ambiance, c'est-à-dire, dès que l'hypo- ou l'hyperexcitabilité outrepassent certaines limites. Mais il n'est ressenti péniblement que dans le cas de l'hyperexcitabilité. C'est ainsi que le ralentissement fonctionnel, objectivé par une dilatation progressive de la forme, passe inaperçu, étant un phénomène lent à s'accomplir et n'est pas considéré comme un trouble de la santé. Par contre, lorsqu'une excitation forte provoque dans l'organisme une hyperexcitabilité brusque, accompagnée d'une rétraction de la forme, les signes qui traduisent celle-ci (douleur, troubles fonctionnels) conduisant le sujet au médecin, sont de ce fait étiquetés état de maladie.

L'organisme régulièrement évolué, dont l'excitabilité, grâce à sa valeur moyenne, assure un équilibre stable avec le milieu, est peu sujet à la maladie. Pour que celle-ci se produise, il faut

que le régime ambiant varie brusquement et fasse choc sur l'organisme. La réaction de l'organisme à ce choc constitue l'épisode morbide, qui finit avec elle quand tout est rentré dans l'ordre. Le début et la fin de cet épisode morbide sont franchement marqués et tranchent nettement sur le cours de l'existence (réactions franches).

Il n'en va pas de même chez les organismes qui s'écartent de l'état de mésoexcitabilité. L'état morbide existe chez eux, latent, et quand une circonstance accidentelle le rend manifeste, sous la forme d'un épisode plus ou moins bruyant, ce n'est pas dans cette circonstance prochaine qu'il faut en chercher la cause, mais bien dans le passé tout entier de l'individu. En conséquence, les réactions de l'organisme sont souvent imprécises dans leur début, leur marche et leur terminaison.

L'organisme hypoexcitable, le type dilaté n'est sensible qu'aux excitations fortes. Celles qui sont moyennes ou faibles n'ont d'autre résultat que de provoquer une absorption d'énergie. Aussi, à mesure qu'il poursuit son évolution, cet organisme s'engage t-il de plus en plus dans le chemin de l'hypoexcitabilité et du fonctionnement anabolique presque exclusif. Cette absorption non contrôlée des énergies ambiantes n'a pas lieu sans danger. Et l'organisme de ce type, en qui seules les excitations massives sont susceptibles d'éveiller une réaction, est exposé plus qu'aucun autre à recevoir le choc d'une excitation plus forte. Incapable de réagir, il succombe le plus souvent en peu de temps.

Cette évolution est particulièrement nette chez le type rond uniforme de SIGAUD, que l'on peut représenter par la formule :

$$D_{\text{hypo}} \quad M_{\text{hypo}} \quad R_{\text{hypo}} \quad C_{\text{hypo}} (1).$$

Ce type affirme très tôt sa prédominance fonctionnelle et mor-

1. Si l'on compare les caractères spéciaux que nous avons attribués à l'hypoexcitabilité, à la description des Aspects physiologique et psychologique du tempérament lymphatique, on se rendra compte qu'il y a concordance parfaite entre eux. Et selon nous, ces attributs expliquent aussi les modalités réactionnelles de ce type dans la maladie, en particulier l'asthénie, la défaillance musculaire.

phologique. Entraîné par son hérédité vers une hypoexcitabilité progressive, il ne se différencie pas au contact des milieux. Toutes les excitations lui sont bonnes, et, de toutes, il « fait de la masse ». Parvenu à un certain point limite, cet organisme insensible, à l'occasion d'une excitation plus intense que les autres, essaie de réagir et amorce une hyperexcitabilité de compensation. La douleur apparaît alors, tardive et imprécise. Mais l'effort avorte et la fin vient rapidement. Tel est le sort réservé à certains individus du type Lymphatique, proche parent du précédent, et nous avons vu la fréquence avec laquelle il est frappé de mort subite (*habitus thymo-lymphaticus* de *PALTAUF*). Mais quand l'organisme parvient à se retenir sur la pente de l'hypoexcitabilité et réagit à certaines influences du milieu, il se greffe sur le fonds primitif une hyperexcitabilité secondaire qui établit dans une certaine mesure une utile compensation. Dans ce cas, l'évolution est très irrégulière, car elle est formée de l'alternance des phases opposées. Ainsi la première enfance est marquée par une forte prédominance anabolique et l'hypoexcitabilité qui en est la compagne nécessaire ; le nourrisson est rond comme une boule, ses chairs sont grasses, son teint blafard. Puis, à une époque variable de la seconde enfance, sous l'action mal définie de certains milieux, ou même spontanément, l'organisme fait — qu'on nous passe l'expression — une véritable poussée d'hyperexcitabilité, laquelle se marque par une activité beaucoup plus grande des fonctions cataboliques, et, morphologiquement, par un aplatissement et un allongement du corps. Tel est le type du Lymphatique que l'on décrit dans les ouvrages de Médecine récents (1). A partir de là, l'évolution se poursuit par l'alternance de phases hyper et de phases hypo, que soulignent, comme nous l'avons vu, les modifications de l'*habitus* extérieur (type de morphologie variable ou irrégulière). C'est au moment des changements de phases que surviennent les

1. Type long, grêle, flaccide, à chairs molles et blanches. C'est pour nous un Lymphatique transformé, qui s'apparente au tempérament nerveux par bien des caractères (alliage Lymphatico-nerveux). C'est un hypo- hyperexcitable, de forme rétracté-bossuée. Le type baptisé *asthénique* par Kretschmer en est un proche parent.

troubles si divers que nous avons mentionnés en décrivant l'aspect physiopathologique du Lymphatique.

Certains types d'organismes, tout en se rangeant dans la catégorie des dilatés-hypoexcitables, sont toutefois très différents des précédents. Ce ne sont plus des dilatés uniformes : la fonction catabolique a différencié l'appareil sensitivo-musculaire et a greffé sur le fonds d'hypoexcitabilité native qui reste la caractéristique principale de ce type, des zones d'hyperexcitabilité. Tel est le type Sanguin de la classification des Anciens (type II) dont nous pouvons exprimer toutes les propriétés par la formule :

D hypo M méso-hyper R méso-hyper C méso-hypo.

La forme objective ces oppositions fonctionnelles par le contraste déjà signalé entre la massivité arrondie du tronc dans sa partie abdominale et le galbe délié des membres (1). Chez ces sujets, la prédominance anabolique est toutefois encore au premier plan, et elle commande pour la plus grande part l'évolution physiologique et morphologique. Leur développement est rapide, et, à peine adolescents, ce sont déjà des hommes faits. Leur hypoexcitabilité les rend insensibles à la plupart des influences des milieux, et, n'accusant aucun choc nocif, ils passent communément pour avoir une excellente santé. Mais, comme le dit SIGAUD, l'embonpoint excessif du corps dès la jeunesse et surtout à l'âge adulte ne saurait tromper un morphologiste exercé sur l'avenir qui se prépare. Ce type de tempérament se livre aux excès les plus variés sans en subir, semble-t-il, aucun dommage, mais un jour la scène change. Sans raison, ou tout au moins sans raison apparente, l'organisme décline brusquement, la douleur et les troubles subjectifs apparaissent. Et la mort survient, tantôt subitement, tantôt en quelques mois ou en quelques années, avec des phénomènes variables dans la sphère cérébrale, dans la sphère pulmonaire ou dans la sphère cardio-rénale. Aussi est-il rare que les sujets de ce type, quoique doués d'une vitalité plus

1. A leur racine, les membres sont volumineux, enveloppés d'une graisse abondante qui prolonge celle du tronc. Et c'est surtout dans leur segment distal qu'ils montrent le galbe délié caractéristique.

grande que le type I, puissent dépasser la maturité et parvenir à la vieillesse. Parfois même, l'évolution s'achève bien plus tôt, et c'est à l'âge le plus tendre qu'une infection pulmonaire ou quelque autre accident provoque la mort, à l'étonnement de tous, car l'enfant semblait par son embonpoint et par ses belles couleurs le plus robuste des enfants de son âge.

Certains sujets de ce tempérament, toutefois, parcourent leur évolution en plusieurs étapes, que jalonnent des manifestations morbides. Et ceci s'explique de la façon suivante. Leur organisme, en vertu de son hypoexcitabilité prédominante, appelle les excitations fortes : ventrées volumineuses, travail cérébral intensif et longtemps prolongé, randonnées sportives, excès de toutes sortes. Mais il arrive qu'une de ces excitations, juste suffisante pour entretenir la fonction de l'appareil qu'elle touche directement, se montre capable de provoquer une réaction vive dans l'appareil voisin, dont le seuil sensible est plus bas. Ce sera ici l'appareil M ou l'appareil R (rhumatisme ou infection broncho-pulmonaire). L'hyperexcitabilité engendrée par ce choc peut rester localisée à un appareil ou diffuser à tout l'organisme, selon l'importance de la cause. Elle se traduit par de la douleur, de la fièvre, et par une rétraction de la forme. Quand l'épisode morbide est achevé, l'organisme reprend son embonpoint et ses fonctions antérieures. Mais les mêmes causes qui ont provoqué ce premier épisode morbide (c'est-à-dire, au premier rang, l'inadaptation de l'organisme au milieu) continuent d'agir, et, après un intervalle de temps variable, elles engendrent un nouvel épisode morbide de même localisation : poussées rhumatismales, crises de goutte, congestions pulmonaires récidivantes (1). Toutefois, peu à peu, l'hyperexcitabilité des appareils qui réagissent aux actions du milieu va s'épuisant, et il arrive que l'appareil longtemps affecté de troubles périodiques, un jour

1. C'est également chez cette variété de type dilaté que l'on observe les vésanies d'accès, particulièrement la psychose maniaque-dépressive. Kretschmer l'a décrit à nouveau sous le nom de *piknique*. Il a selon nous, fort justement insisté sur les variations importantes de l'embonpoint qui se font parallèlement aux oscillations de l'état psychique. Nos observations personnelles montrent qu'il en est ainsi dans huit cas sur dix environ.

cesse d'en présenter. D'autres localisations morbides se produisent alors. Selon SIGAUD, les appareils sont ainsi touchés dans l'ordre de leur excitabilité décroissante. Ainsi, après de multiples attaques de goutte, l'obèse arthritique fait des troubles plus graves, pulmonaires, cardiaques ou cérébraux (goutte « remontée »). Telle est pour cet auteur la clé des faits de *métastase diathésique*. Quand l'hyperexcitabilité réactionnelle des appareils périphériques est épuisée, les influences nocives atteignent directement l'appareil central cardio-rénal, et c'est la mort prochaine, l'organisme de ce type se comportant, à ce stade d'évolution, de la même manière que le dilaté uniforme, dont tous les appareils sont hypoexcitables (1).

L'organisme hyperexcitable, le type rétracté, au contraire du précédent, accuse les moindres influences du milieu. Averti par une sensibilité toujours en éveil, il fuit d'instinct les excitations fortes. Toutefois il ne peut les éviter toutes. Aussi chez lui, les épisodes morbides douloureux se montrent-ils fréquents.

Quand l'hyperexcitabilité ne dépasse pas une certaine limite se trouve réalisé le type de tempérament Bilieux des Anciens (type III) qui répond à la formule :

$$D_{\text{mésio-hyper}} \quad M_{\text{mésio-hyper}} \quad R_{\text{mésio-hyper}} \quad C_{\text{mésio-hyper}}$$

Des deux appareils principaux, c'est donc l'appareil sensitivo-musculaire qui jouit ici de sa prédominance idéale, ce qui souligne l'activité catabolique prédominante. Par contre, l'appareil digestif se trouve dans un état peu favorable à la fonction qu'il doit remplir, et cela surtout pendant la période de croissance (qui nécessite D hypo). Aussi est-ce à cet appareil que les troubles vont se localiser. Traumatismes, excès physiques ou alimentaires, émotions fortes, etc... provoquent de préférence

1. Dans leur langage spécial, les Anciens disaient que la Sanguin à ce moment « retourne » au Lymphatique. On voit en effet à cette phase de déclin le prédominance anabolique redevenir exclusive. L'obèse ne vaut plus guère qu'à la table. Indolence morale et paresse physique sont le résultat d'une fatigabilité anormale. Somnolence diurne. Pâleur du teint. Infiltration d'œdèmes... etc.

une hyperexcitabilité digestive avec spasmes, douleurs, réactions intestinales et hépatiques. De même toute affection généralisée se signale par des troubles prédominants à l'appareil digestif (ainsi la fièvre typhoïde, la malaria). Par contre, quand l'organisme de ce type atteint la maturité, il s'accommode beaucoup mieux de sa prédominance catabolique, et, par opposition avec le type dilaté (Sanguin ou Lymphatique), il jouit alors d'une santé meilleure que pendant la période de croissance.

Lorsqu'un organisme est doté héréditairement d'une excitabilité supérieure à celle du tempérament Bilieux, une évolution régulière n'est plus possible pour lui. Car sa sensibilité trop vive l'expose à subir des atteintes très nombreuses du milieu. Les excitations faibles, seules, maintiennent l'organisme dans son équilibre instable. Dès qu'une excitation un peu plus forte vient à agir, l'appareil qu'elle touche ou même l'organisme entier présente un paroxysme d'hyperexcitabilité qui a pour effet le rejet immédiat des énergies absorbées. Ainsi, par exemple, un écart minime du régime alimentaire est susceptible de provoquer spasme, douleur gastrique, vomissement, courbature générale, migraine... etc (1). Dès l'âge le plus tendre, cette susceptibilité aux moindres écarts du régime d'entretien (composé pour chaque appareil d'excitations faibles et variées) se manifeste. De tels individus passent pour être sujets à de fréquentes incommodités et pour être d'une santé fragile. Mais il est digne de remarque qu'ils ne font jamais de *grande maladie* (nous l'avons dit déjà), et qu'ils font preuve d'une plus grande vitalité que les sujets de type dilaté. Ils atteignent fréquemment la vieillesse. Leur organisme évolue en se rétractant de plus en plus : il est petit, frêle et maigre.

Il est toutefois exceptionnel que la rétraction soit régulière, car l'hyperexcitabilité, nous le savons, n'est pas distribuée régulièrement à toutes les parties du corps. Au cours de l'évolution héréditaire et individuelle, certains appareils, en raison de

1. Toutes ces réactions ont pour effet d'isoler les appareils et de les soustraire aux influences du milieu. De cette façon, on comprend que l'organisme, se soustrayant toujours aux actions nocives, garde sa vitalité intacte. Nous reviendrons plus tard sur ce point très important.

leur excitabilité plus forte, ont été plus fréquemment que les autres le siège des localisations morbides. A la longue, leur pouvoir réactionnel s'épuise, et, en accord avec la loi de l'alternance des états contraires, ils acquièrent un fonctionnement anabolique qui s'objective par une dilatation de la forme. Ce phénomène d'épuisement de l'hyperexcitabilité se localise d'ordinaire à certaines zones. Tout d'abord, pour des raisons qu'il serait trop long de développer ici, c'est l'appareil Cérébral qui en est le siège habituel (1) : un des traits les plus caractéristiques du type de tempérament Nerveux (cf. fig. 7) est en effet la forme rétracté-bossuée du crâne et du front. Les autres appareils, eux aussi, peuvent acquérir des « bosses » (2). Il est également assez fréquent qu'une certaine dissymétrie d'excitabilité des deux moitiés droite et gauche du corps entraîne des rétractions et des dilatations inégales, d'où des *asymétries* de la structure.

En conséquence, la formule de ce type d'organisme est souvent :

$$D_{\text{hypo-hyper}} \quad R_{\text{hypo-hyper}} \quad M_{\text{hypo-hyper}} \quad C_{\text{hypo-hyper}}$$

Il résulte encore de ce qui précède que le phénomène de rétraction est responsable de toutes les déformations que l'on peut observer sur le corps humain (asymétries, courbures anormales des membres, cyphose, déformations thoraciques). Nous aurons à revenir sur cette importante constatation.

Dans les développements précédents, nous avons en quelque sorte *trouvé* les tempéraments des Anciens et expliqué logiquement leurs principales propriétés. Nous avons laissé pressentir les innombrables types d'organismes qui peuvent résulter de

1. Rien n'est plus fréquent en effet que d'observer à cet appareil des alternances de tension et de relâchement. Cliniquement, ce phénomène se traduit par une fatigabilité psychique particulière qui est courante chez le type rétracté-bossué.

2. A l'appareil R, ces bosses sont souvent très accusées, et on observe couramment la déviation, le bosselage du nez, les déformations plus ou moins rachitiques du thorax. De même à l'appareil D, creux des joues, modelé tourmenté de l'abdomen. De même à l'appareil M, creux et saillies noueuses des membres, courbures anormales... etc.

l'assemblage d'appareils d'excitabilité différente, principalement à la faveur de ce fait que, au sein de chaque appareil, sont susceptibles de s'établir des zones d'inégale valeur. Si le type mésoexcitable et ses quelques variétés sont faciles à définir et si l'on peut aisément prévoir leurs réactions dans la maladie, par contre, les types hypo-hyperexcitables offrent dans leur construction une si grande variété que, pour les connaître et savoir apprécier leurs capacités morbides, il faut une analyse très attentive. Certains de ces types d'organisme ne parviennent jamais à trouver dans le milieu où ils vivent des conditions d'équilibre satisfaisantes. Il existe en eux de véritables contradictions physiologiques. L'assemblage des divers appareils semble s'être fait en dépit de toutes les exigences de hiérarchisation. L'un tire à hue, l'autre à dia. Dans ces conditions, la synergie fonctionnelle qui, comme on l'a vu, est nécessaire à l'équilibre de l'individu et lui permet une résistance efficace aux actions nocives de l'ambiance, cette synergie n'est que très difficilement réalisable. A chaque instant, le fonctionnement d'un des appareils entraîne une dissociation des différentes parties de l'organisme. Cette *dissociation fonctionnelle*, sur laquelle DE LAMBERT et THOORIS insistent beaucoup, nous paraît fournir la clé d'une foule de phénomènes pathologiques et expliquer la faible vitalité de certains organismes hypo-hyperexcitables (1).

Nature de la Maladie. — Maintenant que nous avons étudié la tenue des principaux types de tempérament devant la maladie, nous pouvons aborder deux problèmes qui se rattachent intimement à cette étude.

Le premier a déjà été posé au début de ce chapitre. C'est celui de la *réceptivité morbide* des appareils organiques. Rappelons que pour SIGAUD, CHAILLOU et MAC-AULIFFE, l'appareil le plus fré-

1. Nous ne pouvons ici donner à cette notion tous les développements qu'elle mérite. Nous donnerons toutefois un exemple très significatif, entre mille. Chez le Sanguin à la phase de déclin, tous les appareils défaillent sauf l'appareil digestif. L'appétit reste bon, souvent même impérieux, et tandis que la diète s'impose pour permettre au cœur de suffire à une tâche devenue difficile, la gourmandise du sujet ne laisse à ses fonctions assimilatrices aucun répit. Il y a dissociation entre l'appareil D et les autres.

quement touché par la maladie était celui qui prédomine à la fois par sa fonction et par sa forme. Nous avons fortement critiqué l'imprécision des termes dans lesquels est formulée cette opinion. Et, cherchant à définir le mot trop vague de prédominance, nous sommes parvenus à cette conclusion qu'il y a pour chaque appareil deux types de prédominance opposés. L'une, c'est la prédominance anabolique, en hypoexcitabilité, objectivée par des formes massives et arrondies. L'autre, c'est la prédominance catabolique, en hyperexcitabilité, objectivée par des formes grêles et aplaties.

Chez les appareils pourvus du premier type de prédominance, les épisodes morbides sont rares, nous l'avons vu, mais en retour, ils se montrent graves et souvent mortels.

Chez les appareils pourvus du deuxième type de prédominance, par contre, les épisodes morbides sont fréquents et de faible gravité.

C'est donc, au total, l'appareil rétracté-hyperexcitable qui accuse le *plus fréquemment* les influences nocives du milieu. La règle posée par CHAILLOU et MAC-AULIFFE n'est donc vraie que pour les appareils cataboliques dont la prédominance idéale est en hyperexcitabilité c'est-à-dire l'appareil M. Elle est fautive par contre pour les appareils anaboliques et au premier rang de ceux-ci pour l'appareil D. Ainsi nous avons vu que chez le type Sanguin des Anciens, l'appareil D est celui qui est le moins souvent touché par la maladie. Or ce type, par l'ampleur de son abdomen et par son bel appétit est précisément celui que les auteurs précédents désignent et figurent sous le nom de Digestif (1).

La cause de la réceptivité morbide des appareils serait donc entendue après les précisions que nous venons de fournir, s'il ne restait à résoudre un problème très important qui touche à l'essence même de la Maladie. Ce problème, nous le posons de la manière suivante : Comment se fait-il que, dans la majorité

1 Se reporter aux photographies de l'ouvrage de ces auteurs (*Morphologie médicale*, 1912).

des cas, les organes fréquemment touchés par la maladie semblent se relever facilement de ses atteintes, alors que d'autres, ayant toujours joui, semble-t-il, d'une parfaite santé, succombent au premier épisode morbide important ? Est-il possible de trouver dans le mode fonctionnel spécial des *rétractés* et des *dilatés* les raisons de cette opposition ? Nous l'avons essayé, et voici l'hypothèse que nous suggérons.

Il y a dans la maladie deux éléments distincts : en premier lieu l'atteinte, la lésion d'un ou de plusieurs organes ; en second lieu les signes subjectifs par lesquels cette atteinte, cette lésion se manifeste, et en particulier la douleur.

On sait depuis longtemps en Clinique qu'il n'y a aucun parallélisme entre ces deux éléments. Une lésion grave peut évoluer en silence (1), une lésion bénigne peut déterminer des douleurs et des troubles fonctionnels très importants.

La localisation du mal, pense-t-on communément, est en grande partie responsable de cet état de choses. Les affections de certains organes passent pour être bien tolérées, d'autres par contre sont connues pour produire dès leur début des symptômes très pénibles.

Ce qu'on ne sait guère, c'est que, dans ces manières d'être différentes des maladies, la localisation anatomique est bien moins en jeu que les modalités réactionnelles spéciales de l'organisme atteint. Et c'est ici que l'opposition introduite par nous entre l'hypoexcitable et l'hyperexcitable se montre féconde en déductions.

Celui-ci, grâce à son hyperexcitabilité, réagit aux moindres actions nocives de son milieu. Les douleurs, les spasmes qui accompagnent ces réactions ont-ils un autre effet que de forcer le sujet à rejeter ce qu'il a absorbé et à ne rien absorber d'autre, en un mot à isoler l'organisme des causes qui l'ont rendu malade (2) ! L'action nocive n'a pu dans ces conditions agir long-

1. Ce qui fait dire aussi que le début d'une réelle maladie précède souvent de beaucoup son début clinique.

2. Nous faisons remarquer comme ceci cadre bien avec la théorie développée précédemment. Une excitation forte produit hyperexcitabilité et fonction catabolique : réduction de l'absorption, augmentation de la dépense. Ainsi le sujet atteint de migraine s'isole de la lumière, du bruit, etc... Ainsi le sujet qui a absorbé un poison est pris de vomissement et de diarrhée.

temps et n'a pu déterminer dans les organes que des lésions minimes. On peut donc dire que chez l'hyperexcitable *l'irritation déborde la lésion*.

Celui-là, par contre, en vertu de son hypoexcitabilité, ne ressent les actions nocives que si elles sont fortes, soit qu'elles fassent choc, soit qu'elles s'accumulent. A moins donc de supposer que ses protoplasmas cellulaires sont doués d'une immunité spéciale, il nous faut bien admettre que l'absorption prolongée des influences nocives du milieu détermine au sein des organes des lésions importantes. Mais ces lésions restent longtemps silencieuses. Ici donc, au contraire de ce qui a lieu chez le type précédent, *la lésion déborde l'irritation*.

De cette opposition, il résulte que la douleur n'a pas la même signification chez l'organisme hyperexcitable et chez l'organisme hypoexcitable.

Chez le premier, la douleur est fréquente, tenace, récidivante, et en même temps tout à fait disproportionnée au dommage réellement subi par les organes. Son intensité et sa persistance n'ont donc pas de valeur pronostique ; le médecin doit simplement s'efforcer de la modérer en supprimant les influences du milieu qui l'ont produite et l'entretiennent.

Chez le second, la douleur est rare, lente à se produire et peu accusée. Mais, quand elle apparaît, on peut être certain qu'elle n'est que la révélation tardive d'une lésion déjà ancienne. C'est la lésion qu'il faut traiter, s'il en est temps encore, non la douleur (1).

Toutefois, chez le type hypoexcitable, nous avons vu qu'il se greffe parfois une hyperexcitabilité acquise. Ainsi par exemple chez le type Sanguin des Anciens. Le cas est alors intermédiaire aux deux précédents. L'appareil dont l'excitabilité est la plus grande réagit de temps à autre aux influences nocives par la douleur ; ainsi la crise de goutte ou l'accès migraineux de l'arthritique. Par cette réaction l'organisme se défend, et l'on peut

1. D'autant plus que ces sujets, s'ils versent volontiers dans l'hypocondrie quand ils souffrent, n'ont par contre que trop tendance à reprendre leurs excès antérieurs dès que la douleur disparaît.

dire que ses chances de longévité sont proportionnelles à la fréquence d'épisodes douloureux de ce genre. Et par contre, quand la douleur disparaît, le déclin n'est pas loin, avec son cortège d'accidents graves (1).

Ces considérations nous ramènent au sujet du problème précédent, celui de la réceptivité morbide des appareils organiques, et nous pouvons maintenant apporter à ce problème une solution plus précise encore. Pas plus que la prédominance, la maladie n'a été bien définie dans l'ouvrage de CHAILLOU et MAC-AULIFFE. Nous savons à présent ce qui en est. La maladie dans laquelle l'irritation déborde la lésion est l'apanage des appareils hyperexcitables (ainsi par exemple la neurasthénie, l'asthme essentiel, certains ulcères de l'estomac, la fausse angine de poitrine). La maladie dans laquelle la lésion déborde l'irritation est l'apanage des appareils hypoexcitables (ainsi par exemple la démence, la tuberculose pulmonaire caséeuse, le cancer encéphaloïde de l'estomac, l'angine de poitrine). Et si, par exemple, nous avons affirmé contre les auteurs cités plus haut que l'appareil D du tempérament Sanguin, quoique prédominant dans son économie, n'offre pas une grande réceptivité morbide, nous avons simplement voulu dire que ce n'est pas lui qui accuse le plus souvent les chocs du milieu. Nous nous appuyons pour le dire sur la parfaite condition digestive de ce tempérament durant toute sa vie. Mais il n'est pas moins remarquable de voir que cet appareil D, après avoir maintenu, tout au moins en apparence, son intégrité fonctionnelle pendant de longues années, finit très souvent par être le siège de lésions graves, telles le cancer de l'estomac, qui n'est pas chose rare chez ce tempérament.

1. L'opposition que nous venons d'établir peut avoir une grande importance pour le diagnostic. Une foule de petits signes, par exemple, ceux dits classiquement petits signes du brightisme (crampes, céphalées, doigt mort, palpitations... etc., etc.), s'ils sont observés chez un sujet de type rétracté, traduisent le plus souvent un état sans importance. S'ils sont au contraire observés chez un sujet de type dilaté, et pour la première fois vers la quarantaine, ils ont alors la grande valeur diagnostique et pronostique qu'on leur attribue d'ordinaire.

APPLICATION

A LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Quittant pour un moment le sujet spécial de notre étude, la Constitution physique des paralytiques généraux, nous avons ouvert une vaste parenthèse et nous avons envisagé le problème plus général des Tempéraments. Cette digression n'a pas été sans utilité, car elle nous a fait pénétrer dans l'intimité des réactions de chaque individu devant la maladie.

Revenons à notre sujet et, à la lumière de ces connaissances typologiques, faisons la synthèse des faits qu'ont recueillis d'une part les travaux de nos devanciers, d'autre part, nos observations personnelles.

De l'analyse approfondie que nous avons faite des principaux types humains, nous avons appris qu'il n'existe pas d'homme normal *stricto sensu*. Le type *mésœxcitable* qui seul mérite cet épithète se rencontre rarement. La plupart des types humains que le médecin est à même d'observer représentent à la lettre une « dégénérescence » de ce type normal. Mais cette espèce de dégénérescence, nous le savons maintenant, ne se confond pas avec celle que MOREL plaçait à la base de nombreux troubles mentaux. Elle a un sens beaucoup plus large. Elle indique une déviation fonctionnelle qui, tôt ou tard, va troubler l'équilibre de l'individu avec son milieu et provoquera la maladie. Elle se rapproche donc beaucoup de la notion de Tempérament. Autant de types de tempérament, autant de formes de dégénérescence. Nous les connaissons, nous savons les prédispositions pathologiques qu'elles représentent et nous sommes capables de les reconnaître en Clinique. C'est ainsi qu'à chacun des tempéraments hippocratiques, nous pouvons faire correspondre une grande *diathèse* : diathèse scrofuleuse (type I), diathèse conges-

tive (type II), diathèse cholémique (type III), diathèse névropathique (type IV).

La dégénérescence morélieenne répond à peu près au tempérament névropathique, qui, nous le savons maintenant, est la forme la plus achevée du type hyperexcitable-rétracté. Les caractères que nous avons reconnus à ce dernier représentent bien en effet — dans la mesure où une esquisse à notre gré trop rapide a pu en rendre compte — ceux que l'on a coutume d'attribuer aux « héréditaires ». Dans l'ordre moral, d'un côté comme de l'autre, existe bien cette réceptivité spéciale de l'appareil cérébral qui fait que les moindres « chocs » du milieu s'y font sentir et provoquent des troubles où « l'irritation déborde la lésion » (1). Dans l'ordre physique, il importe de remarquer que la plupart des stigmates dits de dégénérescence consistent dans des déformations structurales lesquelles, nous l'avons vu, sont l'apanage des hyper-excitateurs évoluant vers la rétraction (2).

A la suite de plusieurs auteurs, nous avons remarqué que la paralysie générale, surtout dans ses formes typiques, s'observe chez des sujets très différents du type précédent, et nous avons développé les traits qui les caractérisent. Nous allons faire voir maintenant que nos observations concernant cette prédisposition constitutionnelle de certains individus à la paralysie générale corroborent dans l'ensemble l'opinion des premiers historiens de cette affection. Comme ces auteurs l'ont vu, le Tempérament Sanguin des Anciens est particulièrement exposé à la méningo-encéphalite. D'autre part, le type piknique de KRETSCHMER étant par sa structure physique la réplique de ce type sanguin, il s'ensuit que les travaux des auteurs modernes sur la Constitution physique des paralytiques généraux rejoignent ceux des aliénistes français.

Nous allons ici reprendre les principaux caractères de ce type de tempérament et montrer qu'on les observe fréquemment chez les futurs paralytiques et chez les membres de leur famille.

1. Cf. note p. 305.

2. Il y a bien aussi dans ce cadre de la dégénérescence certains types d'obèses dysplasiques, mais ils sont en plus petit nombre.

Dans l'ordre physiologique, l'exercice des fonctions principales se fait aisément. L'appétit est bon, régulier, parfois très large ; les digestions sont parfaites. L'activité physique est bonne ; souvent infatigable. Les fonctions sexuelles sont précoces, normales, sans perversion d'aucune sorte. La circulation est active ; la peau est chaude, bien colorée. Au visage, le teint est rouge. La tension artérielle n'est jamais au-dessous de la normale (12-13 au Vaquez), elle est souvent au-dessus, sans toutefois atteindre des valeurs élevées (1). Comme BAYLE l'avait vu dans ses autopsies, le ventricule gauche est assez souvent hypertrophié.

Les sujets de ce tempérament, nous l'avons vu, atteignent très tôt la maturité. Dès l'adolescence, ils semblent des hommes faits. Ils ne sont jamais malades, et on leur prête communément une grande robusticité. Sauf chez quelques-uns qui, dès leur adolescence, subissent l'influence d'une hérédité diathésique très prononcée, et souffrent de troubles divers : migraines, goutte, rhumatisme, lithiases, l'immunité à la maladie se maintient jusqu'à l'âge mûr. Mais c'est alors, entre 40 et 60 ans, un déclin très rapide de la santé et, en moins de dix ans le plus souvent, le sujet meurt, emporté soit par une cardiopathie, soit par une affection pulmonaire, soit par une affection cérébrale (apoplexie, démence paralytique). Nous avons dit déjà que nous considérions cette évolution très particulière — première période sans aucun trouble, deuxième période marquée par une déchéance rapide — comme traduisant un certain degré d'hypoexcitabilité qui est l'apanage des types *dilatés*. Cette hypoexcitabilité correspond à un régime d'entretien où abondent les excitations massives, et nous retrouvons ici ce trait si fréquent chez le futur paralytique : la tendance aux excès de toutes sortes, excès bachiques, excès vénériens, excès de travail.

La tendance aux affections marquées par une fluxion sanguine très intense, un mouvement fébrile accusé, une évolution rapide et cyclique, se retrouve chez nos paralytiques généraux, ainsi

1. Ces valeurs élevées (au-dessus de 25) nous ont semblé rares chez le type Sanguin ; elles se rencontrent d'ordinaire chez des sujets de type rétracté, de corps maigre et de teint pâle.

que la prédisposition aux affections des organes sus-diaphragmatiques (1). On observe avec une particulière fréquence les suivantes :

Attaques congestives ou ictus, abolissant momentanément la sensibilité et le mouvement, et susceptibles de déterminer parfois une mort rapide.

Affections broncho-pulmonaires aiguës, guérissant en peu de jours ou provoquant une fin rapide, donc très différentes par leur évolution des affections pulmonaires chroniques ou des affections lentement consomptives telles que la phtisie. Toutefois on peut observer chez ce tempérament des pneumonies ou des broncho-pneumonies caséeuses, qui surviennent sans qu'aucune atteinte antérieure dans l'enfance ou l'adolescence ait pu faire penser à la tuberculose et qui, par leur évolution précipitée, méritent souvent d'être appelées « phtisie galopante ».

Toutes les affections que nous venons de passer en revue sont susceptibles dans des conditions encore mal définies, de déterminer une mort *subite*, avant même qu'on ait pu reconnaître leur existence. Et c'est parfois seulement à l'autopsie que l'on porte un diagnostic, sur la constatation de lésions importantes cardiaques, cérébrales ou pulmonaires.

Tout ce qui précède ne représente-t-il pas fidèlement les conditions habituelles de la mort du paralytique général !

A la fréquence de ces affections sus-diaphragmatiques, les Anciens opposaient la rareté chez le tempérament Sanguin des affections des organes abdominaux, et particulièrement la rareté de ces affections gastriques, intestinales ou hépatiques qui évoluent lentement, et troublent constamment le jeu des fonctions nutritives. Ces dernières, nous l'avons vu, sont l'apanage des rétractés. C'est ainsi que sur nos cent malades, un seul a pré-

1. Les Anciens, dont l'Anatomie et la Physiologie se bornaient à des notions globales, opposaient volontiers deux groupes d'affections. Celles des organes sus-diaphragmatiques : poumon, cœur, cerveau, et celles des organes situés sous le diaphragme, spécialement l'estomac et le foie. Les premiers sont l'apanage du type Sanguin, les autres des types Bilieux et Nerveux. Les Anciens opposaient encore l'euphorie des sujets atteints des affections du 1^{er} groupe (tuberculeux pulmonaires, cardiaques, déments) au pessimisme des autres (dyspeptiques, hépatiques) qu'ils appelaient des « hypocondriaques ».

senté avant sa paralysie générale des troubles qui peuvent faire penser à un processus gastrique ulcéreux ; la figure 2 de la Planche 16 montre qu'il s'agit d'un rétracté typique (1).

Toutefois nous avons noté que les troubles digestifs ne sont pas rares à la période prodromique de certaines formes de paralysie générale : la forme mélancolique et la forme avec délire des négations (cf. 2^e et 3^e séries d'observations) ; or ces formes se produisent parfois chez des types de tempérament assez différents de celui que nous étudions ici (cf. Pl. 12, fig. 2 et Pl. 16, fig. 4).

Dans l'ordre psychologique, mêmes remarques. La plupart de nos malades, quel que fût le degré de leur intelligence, étaient orientés vers une activité réalisatrice ; un grand nombre étaient des placiers, des commerçants... Pour le caractère, il s'apparente bien à celui du type Sanguin, jusqu'au défaut si fréquemment rencontré : la tendance à l'irascibilité (colère rouge) et aux excès. KRETSCHMER, dans ses études sur la Psychologie du type piquique, a très justement saisi un trait fort important de son caractère. Sa sensibilité, dit-il, est moyenne ; elle ne va jamais d'un extrême à l'autre de l'échelle des valeurs comme chez le *schizoïde*. Les variations qu'on observe chez lui portent plutôt sur l'humeur, qui oscille entre la dépression triste et l'euphorie expansive. Nos observations corroborent cette remarque du psychiâtre allemand.

Enfin l'absence même de tout passé psychopathique est bien dans la note du tempérament Sanguin, comme nous l'avons vu, encore que certaines variétés de ce tempérament soient prédisposées à la psychose maniaque dépressive essentielle ; mais ces derniers méritent une place à part, car ils ne versent jamais dans la démence (2).

1. Par ailleurs, il n'est pas sans intérêt de faire remarquer qu'il s'agit d'une P. G. fixée ; nous verrons un peu plus loin l'importance de cette remarque.

2. Il est bien évident que nous ne savons pas tout de la prédisposition. Entre les types prédisposés à la P. G. et ceux qui sont exposés à la manie-mélancolie, quelles sont les différences au point de vue de la constitution physique ? Nous n'en savons rien, mais il apparaît bien cliniquement qu'un certain antagonisme existe entre les deux prédispositions.

Dans l'ordre morphologique, le plus grand nombre de nos malades ont les caractères essentiels des tissus du Sanguin : la plénitude des chairs, l'embonpoint musculaire et grasseux, le teint coloré. Ces caractères et quelques autres qui en dépendent, tous les auteurs qui se sont occupés de la Constitution physique des paralytiques généraux les ont mentionnés, et nous avons vu combien les descriptions de BAYLE, de STERN et des émules de KRETSCHMER se ressemblent dans leurs grandes lignes.

Dans la parenté des paralytiques généraux, on retrouve très souvent les mêmes caractères. Fortes corpulences, propension à la colère, bonne santé jusqu'à la maturité. Les affections que nous avons relevées comme les plus fréquentes sont aussi de celles qui sont l'apanage du tempérament Sanguin : en premier lieu par leurs caractères d'apparition et d'évolution, en second lieu par leur nature : néoplasmes digestifs, apoplexie, affections cardiaques et pulmonaires, phlegmons, urémie. Fréquence de la mort subite. Rareté des affections digestives d'évolution lente. Fréquence de certains cas de phthisie d'évolution foudroyante (cf. p. 193).

Il importe toutefois de remarquer que si, dans la plupart des cas, et par leurs principaux caractères, nos malades appartiennent au type Sanguin, il s'en faut de beaucoup que ce tempérament soit le seul observé et qu'il soit toujours *pur de tout mélange*.

Tout d'abord, dans un certain nombre de nos observations, l'on note une rétraction nette de la forme, et certains traits physiologiques et psychologiques qui sont ceux des rétractés. Cette éventualité est assez fréquente chez les paralytiques généraux catatoniques. Au point de vue physiologique (par ex. obs. XXVI, XXXV, XXXIX, XL) santé délicate, appétit médiocre ou irrégulier, impuissance constitutionnelle ou perversions sexuelles. Au point de vue psychologique, troubles du caractère d'un ordre particulier : hostilité vis-à-vis de l'entourage, taciturnité, éléments de constitution paranoïaque. Au point de vue morphologique, constitution des hypo-hyperexcitables : le plus souvent

type architectural long, zones de rétraction irrégulièrement distribuées, aboutissant à des dysharmonies structurales, embonpoint médiocre.

D'autre part, même dans les formes les plus typiques, il n'est pas rare de rencontrer chez nos malades le tempérament Sanguin allié au tempérament Nerveux et mélangeant leurs influences (1). Le fait se conçoit aisément si l'on veut bien songer qu'il n'existe pas de cloison étanche entre les divers types de tempérament. Et, à ce propos, tout en distinguant avec nombre d'auteurs l'hérédité congestive de l'hérédité névropathique, nous y apporterons cette restriction qu'il existe entre l'une et l'autre plus d'un point de passage. Un paralytique général peut hériter de sa parenté une disposition aux affections du tempérament Sanguin, mais y adjoindre une tare névropathique acquise, susceptible dans certaines conditions de se transmettre à sa descendance.

Les réflexions qui précèdent ne diminuent en rien notre conviction d'une prédisposition spéciale du tempérament Sanguin à la paralysie générale ; elles montrent seulement la difficulté du problème, du fait des nombreux cas frontières. Il semble au premier abord très simple de le trancher. Affaire de statistique, pense-t-on ! Il suffit d'établir que ce type de tempérament est plus fréquent chez nos malades que chez les sujets normaux ! Mais comment trouver les cent sujets normaux que nous comparerons à nos paralytiques. BALL et RÉGIS, dira-t-on, l'ont bien fait dans leur étude statistique. Mais il est aisé de voir qu'ils ne se sont tirés d'affaire qu'en appelant normaux des sujets atteints d'affections quelconques, autres que les vésanies et la paralysie générale.

Nous ne nous embarrasserons pas trop de ces difficultés, car il est, pensons-nous, une manière beaucoup plus intéressante de situer la prédisposition à la paralysie générale dans le groupe des prédispositions morbides. Elle consiste à étudier la fré-

1. Un exemple entre mille. Un type Sanguin porteur d'une asymétrie faciale (Cf. Pl. 12, fig. 3 et 4) ou d'une déformation thoracique.

quence avec laquelle les principaux types de tempérament se rencontrent dans d'autres affections, et à comparer cette fréquence avec celle que nous avons observée chez nos malades.

Nous allons nous livrer à cette étude en nous basant sur les observations que nous avons recueillies hors du cadre de la Paralyse générale.

En premier lieu, nous avons observé que le tempérament Sanguin et ses variétés ne sont pas prédisposés seulement à la paralysie générale. Nous l'avons rencontré dans un certain nombre d'autres affections.

Dans les affections mentales tout d'abord. Après ESQUIROL, et surtout après KRETSCHMER, nous avons relevé sa fréquence dans la manie et la mélancolie. Sur quarante observations de psychose maniaque-dépressive, nous l'avons retrouvé trente-quatre fois (cf. Pl. 6, type de maniaque périodique, note 1). Avec notre maître le Dr VURPAS, nous l'avons noté dans certaines formes de la maladie des obsessions qui se présentent avec un cortège de signes mélancoliques et évoluent par accès (2). La figure 4 de la Planche 13 représente une de ces malades. Pour certains — ainsi GRUNDLER — la prédisposition du même tempérament à cette psychose et à la paralysie générale s'expliquerait aisément par une tendance de ce tempérament à réaliser dans toute affection le syndrome maniaque-dépressif, que ce syndrome dépende d'une vésanie d'accès ou d'une méningo-encéphalite. Mais ce n'est pas seulement par ces variations de la tonalité affective que ces deux affections s'apparentent ; elles ont encore en commun certains troubles de nature spéciale, qui sont bien dans la note du tempérament Sanguin. Nous voulons parler de certains accidents cérébraux congestifs qui survien-

1. Le malade figuré à la planche 6 est sujet à des accès de manie qui se reproduisent à peu près tous les ans, et que nous avons pu observer à trois reprises. Il présente de l'hypertension (24) et de l'aortite. Son père était sujet à la même affection, et a dilapidé sa fortune pendant ses accès ; il est mort subitement aux environs de 70 ans.

2. Avec le Dr Vurpas, nous en avons fait le sujet d'un travail qui doit paraître sous le titre *Mélancolie et maladie des obsessions*.

nent fréquemment chez les deux types de malades. Ordinairement temporaires, susceptibles de se produire à divers intervalles dans le cours de la maladie, ils se manifestent par une grande rougeur du visage, une perte de connaissance transitoire, et ils peuvent laisser à leur suite des paralysies passagères ainsi qu'un embarras momentané de la parole. Ceux qui sont particuliers à la paralysie générale se distinguent toutefois de ceux qu'on observe chez les maniaques par ce fait que, loin de s'effacer sans séquelles, ils préludent d'ordinaire à des troubles plus graves et que, chaque fois qu'ils se reproduisent, la démence et la paralysie augmentent. Dans l'une comme dans l'autre maladie, ces accidents congestifs sont susceptibles de déterminer la mort subite (1).

Les démences organiques sont aussi l'apanage presque exclusif de ce tempérament. Il en est ainsi tout au moins pour la démence sénile et la démence alcoolique, où nous l'avons rencontré de nombreuses fois. Nous avons vu aussi l'alliage de ces états de démence à la paralysie générale, dont il résulte un tableau clinique fort difficile à démêler.

Parmi les affections nerveuses, il en est une qui appartient en propre au tempérament Sanguin, à ce point même qu'elle a fourni un des nombreux synonymes servant à le désigner (*habitus apoplecticus*). C'est l'apoplexie, par hémorragie cérébrale le plus souvent, cause fréquente de mort subite ou de mort rapide vers la cinquantaine, forme aggravée de ces accidents congestifs que nous avons déclarés communs à la maladie que nous étudions et à la manie-mélancolie.

Dans le domaine des autres affections organiques, le tempérament Sanguin se trouve particulièrement prédisposé à trois groupes de maladies :

En premier lieu les affections cardiaques qui surviennent tardivement, vers la cinquantaine, sous la forme de l'insuffisance du cœur gauche (que celle-ci soit alliée ou non à une aortite ou à un mal de Bright).

1. On sait en effet que le P. G. meurt souvent « debout ».

En second lieu les affections du groupe Arthritique gras : diabète gras, goutte, rhumatisme chronique, lithiase biliaire.

En troisième lieu certaines variétés de néoplasmes, et tout spécialement la forme hypertrophique du cancer de l'estomac ou de l'intestin.

Ce sont bien là, comme nous l'avons vu dans les pages qui précèdent, les affections qui se rencontrent le plus communément dans les familles de paralytiques généraux, et l'énumération ci dessus semble être une répétition pure et simple de ce que nous avons dit antérieurement sur ces affections (cf. II^e P., Ch. I). En opposition avec ce tableau, nous allons faire celui des maladies qui n'atteignent qu'exceptionnellement le tempérament Sanguin. Par cette opposition, nous ferons mieux ressortir certains des traits caractéristiques de celui-ci.

Tout d'abord, dans le domaine des affections mentales, ce type s'observe rarement chez les malades atteints de névroses ou de psychoses constitutionnelles (exception faite pour la maniaque-dépressive). Sur une centaine de neurasthéniques ou psychasthéniques, nous n'en avons observé que huit cas. Chez les déments précoces, comme l'a fait voir KRETSCHMER, c'est également une éventualité rare : les individus de forte corpulence qui sont affectés de cette maladie appartiennent bien plus souvent au groupe des obèses displasiques.

Dans le domaine des affections viscérales, il en est qui sont particulièrement rares chez le tempérament Sanguin. Ce sont les affections digestives de longue durée : dyspepsie banale, troubles liés à la ptose, entéro-colite muco-membraneuse, ulcère gastrique, appendicite, petit hépatisme. Nous avons vu par ailleurs qu'elles sont peu fréquentes aussi chez nos malades et dans leurs familles, sauf toutefois — et nous y avons insisté — dans les prodromes de certaines formes de paralysie générale (2^e et 3^e séries).

Parmi les affections du système nerveux, l'une nous intéresse tout particulièrement par ses liens avec la paralysie générale, c'est le *tabes dorsalis*. Bien qu'aujourd'hui, lorsqu'on étudie les

causes de ces deux maladies, on tende à les englober dans la même description et à les rapporter à la localisation du spirochète sur le système nerveux, elles sont très différentes l'une de l'autre, à la fois par la localisation du mal, par ses lésions, par ses symptômes et par son évolution. Admettons que le même virus soit à l'origine du tabes et de la paralysie générale. Quels seront dans ce cas les facteurs déterminants de l'une et de l'autre affection ? Sauf en ce qui concerne l'influence héréditaire, que certains rendent responsable, les auteurs, dans l'ensemble, restent muets sur ce point important. Il n'est donc pas interdit de se demander, comme nous l'avons fait pour la maladie de BAYLE, si le tempérament individuel ne joue pas son rôle aussi dans le tabes. Nous avons vu dans notre Historique que quelques auteurs — en particulier POPPI, STERN et STIEF — ont dirigé leurs investigations dans ce sens, et qu'ils ont trouvé chez les tabétiques un habitus extérieur très différent de celui des paralytiques (1). Pour notre part, nous avons recueilli quelques observations qui appuient cette manière de voir.

En premier lieu, sur seize tabétiques observés par nous, onze présentaient un type nettement rétracté, un douzième un type difficile à caractériser, quatre seulement étaient du type dilaté. Encore importe-t-il de faire la remarque que trois de ces quatre derniers malades, étaient atteints de tabes amaurotique, forme spéciale à laquelle le tempérament sanguin semble prédisposer (cf. p. 194). Pour mettre en évidence le rôle que joue la constitution individuelle dans la production du tabes et de la paralysie générale, il serait particulièrement instructif d'observer des familles où les deux maladies se rencontrent. Dans les deux circonstances où nous avons pu le faire, le résultat de cette enquête a été décisif. Il s'agissait de deux familles dont les conjoints présentaient une syphilis nerveuse : l'un des deux était paralytique, l'autre tabétique. Et, sans nier qu'il puisse exister d'autres éléments de prédisposition, nous avons constaté chaque fois une tendance

1. En particulier, ils ont mis en évidence la fréquence de la constitution dite par Kretschmer *asthénique*. Sauf toutefois dans le tabes amaurotique où l'on a trouvé une prédominance du type *piknique*.

à la « dilatation » chez le paralytique, à la « rétraction » chez le tabétique (cf. obs. XLV, p. 121 et obs. LXXVIII, p. 155).

En second lieu, les caractères particuliers de l'alliage P. G.-tabes suggèrent quelques réflexions. On a depuis longtemps remarqué que l'évolution d'un tabes interrompt le cours de la paralysie, la fixe à son stade d'évolution ou même la fait régresser. Mais jusqu'ici, l'on n'a pas noté les modifications du tempérament qui accompagnent cette transformation. Selon nos observations, il se produit dans ces cas une rétraction nette de la forme, traductrice d'hyperexcitabilité. Ainsi dans les observations VIII et XCII...

Ne peut-on penser, devant de telles constatations, que les différences importantes qui existent entre les lésions du tabes et de la paralysie générale correspondent à des différences non moins profondes entre les modalités réactionnelles des types qui en sont atteints, et que ces dernières sont les principales responsables de la localisation spéciale du virus ! Des recherches plus étendues que les nôtres sont sans doute nécessaires pour établir sans discussion ce qu'il y a de fondé dans notre opinion, mais d'ores et déjà, il nous a semblé utile de signaler l'intérêt du problème.

* * *

Au terme de cette enquête, il ne nous paraît pas impossible de formuler une hypothèse concernant la Pathogénie de la Démence paralytique, et plus généralement des états démentiels organiques.

Dans l'étude de la Maladie que nous avons faite aux pages précédentes, nous avons opposé deux espèces d'affections selon l'importance respective de la *lésion* et de l'*irritation*. Nous avons reconnu qu'elles sont l'apanage de types constitutionnels différents : le *dilaté-hypoexcitable*, le *rétracté-hyperexcitable*.

Chez le rétracté, nous avons vu que pour une lésion minime, l'irritation est grande ; le trouble subjectif est aussitôt constitué et prévient dans une certaine mesure l'aggravation des lésions.

Celles-ci, en tous cas, se marquent par une rétraction le plus souvent localisée à l'organe malade, d'où résulte une déformation.

Chez le dilaté, par contre — qu'il soit de tempérament Sanguin ou Lymphatique — l'irritation est toujours légère, même quand les lésions sont considérables. Celles-ci sont exsudatives et hyperplasiques, et se marquent longtemps par une simple dilatation de la forme (1).

A l'action d'un même virus, ces deux types d'organismes répondent de deux manières opposées. Chez le rétracté, la réaction est immédiate, et la maladie traduit dès le début son existence par des manifestations bruyantes. Chez le dilaté, l'action nocive du virus se produit en silence, et c'est bien longtemps après la cause qui l'a produite que la maladie se manifeste, souvent à la faveur d'une cause occasionnelle qui, faisant choc sur l'organisme, provoque en lui une hyperexcitabilité soudaine (2).

Il en est ainsi, croyons-nous, de la démence organique, que celle-ci soit due à la syphilis, à l'alcool ou à une sénilité prématurée.

Pour la syphilis, en particulier, on s'expliquerait bien de cette manière la tolérance paradoxale de l'organisme à l'invasion du virus, la latence des lésions et la rapidité de l'évolution fatale une fois que la maladie s'est déclarée.

Les lésions des organes chez le type dilaté — et spécialement chez le tempérament sanguin — s'accompagnent d'ordinaire d'une réaction fibrino-leucocytaire importante, et il n'est pas impossible que ce soit cette modalité réactionnelle particulière

1. Chez le paralytique, c'est à l'étage cérébral que cette dilatation a son maximum d'objectivité. Elle est visible surtout au « vestibule de l'appareil C. » (Cf. Doctrine de Sigaud), c'est-à-dire à l'œil. On sait en effet depuis Moreau de Tours que l'œil du P. G. est exorbité, plus saillant que de coutume. Pour le cerveau lui-même, sa dilatation, si elle existe comme nous le pensons, n'est guère constatable directement en raison de la rigidité de l'enveloppe crânienne chez l'adulte ; peut-être est-on fondé à l'évaluer indirectement par l'excès de tension du liquide céphalo-rachidien (Notez de plus l'œil vague et humide, comme chez le Lymphatique).

2. Dans la P. G. par exemple, tout se passe comme si un tel choc, abaissant brusquement le seuil sensible, révélait la maladie latente. Le fait est que très souvent, les premiers signes apparaissent après une émotion, un traumatisme ou une maladie.

qui conditionne les résultats fortement positifs du liquide céphalo-rachidien (1).

Le fait si souvent remarqué que les sujets atteints de névroses ou de psychoses plus ou moins héréditaires ne deviennent qu'exceptionnellement des paralytiques généraux, s'éclaire d'un jour particulier à la lumière de ces remarques. Ces états morbides, qui se traduisent très tôt cliniquement par une irritabilité spéciale de l'appareil cérébro-spinal et de fréquents désordres dans ses fonctions, ces états morbides, disons-nous, sont d'ordinaire l'apanage des sujets de type rétracté. Comme nous l'avons dit, ici l'irritation déborde la lésion, et, sauf le cas de complications surajoutées, ceux qui espèrent rapporter la maladie à des altérations matérielles visibles du cerveau de ces aliénés, ne trouvent le plus souvent pour étayer leur opinion que des lésions très discrètes, et pour tout dire, de valeur discutable (2).

Il est cependant des cas intermédiaires, et c'est ce qui fait la difficulté du problème. La paralysie générale, nous l'avons vu, peut s'observer chez des individus qui n'appartiennent pas au type dilaté-hypoexcitable. Peut-on dans ces cas lui trouver des caractères spéciaux ? Nous avons cherché de ce côté, et — sans pouvoir en apporter de preuve péremptoire, car notre observation n'a pas été suffisamment prolongée — nous estimons que l'évolution de la maladie n'est pas la même quand elle survient

1. Il y a là encore un domaine de recherches intéressantes. Dans quelles mesures les réactions des séreuses, sur lesquelles on table pour évaluer l'intensité d'un processus pathologique, ne sont-elles pas plutôt fonction d'une réaction propre au tempérament ?

2. Morel écrit : « ...dans quelques classes de nos folies héréditaires les malades « peuvent parcourir le cercle entier d'une existence vouée à la folie sans tomber « dans la démence. L'autopsie ne révélera pas alors ces lésions cérébrales qui « sont tantôt le point de départ, tantôt la conséquence de la maladie primitive ; « c'est ce que l'on observe surtout chez les fous systématisateurs. Rarement, dans « ces cas, à moins de complications spéciales telles que la tendance aux bois- « sons ou à d'autres excès, trouve-t-on l'opacité de l'arachnoïde, et son épaissis- « sement, les adhérences méningo-cérébrales, le ramollissement, l'induration du « cerveau ; et les différentes lésions que l'on rencontre dans la démence.

« C'est dans un autre ordre de lésions cérébrales fonctionnelles qu'il faudra « rechercher, dans un grand nombre de circonstances, l'élément pathologique « essentiel de la situation. Cet élément n'est autre que celui de la dégénérescence « dont sont invariablement atteints les individus héréditairement frappés dans « le développement normal de leur système nerveux .. » (*Traité des affections mentales*, p. 584).

chez un type d'organisme rétracté. Il nous a paru que, si le pronostic de la paralysie générale garde toute sa gravité chez les individus de tempérament Sanguin, par contre, c'est chez les types de tempérament opposé qu'on observe les rémissions les plus remarquables, ou l'arrêt de l'évolution (cf. obs. XL, LII, LXIV, XCIII, etc., cf. aussi I^{re} P., p. 160) (1). Il serait intéressant de savoir si ces différences d'évolution ont leur réplique dans la différence des lésions cérébrales observées. Nous n'avons jusqu'ici recueilli aucun document pour répondre à cette question. Mais nous pensons qu'il y a là une recherche fructueuse à entreprendre, susceptible, si elle est menée à bien, d'asseoir sur la base solide de l'Anatomie pathologique la conception que nous nous sommes faite des modalités réactionnelles des divers tempéraments (2).

1. Il y a là une distinction analogue à celle qui a été faite par Morel, Lunier et quelques autres entre les P. G. héréditaires et ceux qui ne le sont pas. Mais à la notion de dégénérescence morelienne, nous substituons celle, très voisine, d'hyperexcitabilité et de rétraction (Cf. II^e P., ch. III Conception personnelle des tempéraments).

2. Nous avons trouvé dans Lunier un texte fort intéressant qui traduit chez cet auteur une préoccupation analogue à la nôtre. Nous en avons cité une partie dans notre Historique, à propos de la Constitution physique des prédisposés à la P. G. On se souvient que Lunier y oppose deux types de tempérament : le Sanguin qui est le plus fréquemment rencontré, et un autre, plus rare, qu'il décrit comme un rétracté. Il ajoute ces quelques lignes, qui dans son texte, font suite à notre citation :

« A ces deux classes de malades correspondent deux séries de lésions anatomiques. Les premières présentent plus particulièrement les altérations qu'on attribue à la méningo-encéphalite diffuse ; les autres ont surtout les lésions de l'hydrocéphalie chronique ». *Loc. cit.*

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. — L'idée que défend cette thèse est qu'il existe une prédisposition constitutionnelle à la paralysie générale.

Nous savons bien que l'opinion la plus répandue de nos jours tient au contraire cette maladie pour une affection d'origine purement exogène, dont la syphilis serait la cause exclusive.

Mais nous pensons que ni le raisonnement, ni l'observation des faits n'autorisent à maintenir une telle opinion dans sa simplicité schématique.

Le raisonnement montre combien de difficiles problèmes soulève cette question de l'origine syphilitique de la paralysie générale : conditions d'apparition de celle-ci longtemps après le début de la syphilis et au cours de syphilis en apparence peu virulentes ; — rareté de cette affection si on la compare au grand nombre des syphilis non traitées ; — localisation spéciale des lésions ; — résistance de ces lésions au traitement qui guérit la syphilis ; — immunité à la paralysie générale de certains peuples que la syphilis n'épargne pas, bien au contraire.

L'observation des faits, d'autre part, enseigne que les individus paralytiques généraux se distinguaient avant le début de leur affection par une manière d'être particulière.

II. — Cette manière d'être, quelques auteurs se sont attachés à la définir.

Le premier, BAYLE, étudiant les causes de la méningo-encéphalite, reconnu chez les sujets qui en sont atteints l'existence de caractères physiologiques et psychologiques spéciaux.

Et après lui MOREL, LUNIER, DOUTREBENTE, etc. Conformé-

ment aux idées de leur époque — époque restée favorable aux doctrines des Anciens sur les tempéraments — ces auteurs rapportaient les caractères en question à un type constitutionnel bien défini, le tempérament *sanguin* de la classification hippocratique. Et ils insistaient sur l'habitus extérieur de ce tempérament, grâce auquel on peut aisément le reconnaître en clinique. Ils trouvaient dans ces attributs spéciaux — physiologiques, psychologiques et morphologiques — les indices d'une prédisposition constitutionnelle à la paralysie générale, prédisposition qu'ils tenaient pour fort importante.

Quelques années après, ces remarques des premiers observateurs sont oubliées. La notion de dégénérescence, énoncée par MOREL, connaît une telle vogue que toutes les discussions sur la prédisposition aux affections mentales gravitent désormais autour d'elle. Pour la paralysie générale, le débat se résume alors dans le dilemme suivant : est-elle ou non liée à la dégénérescence ? Les uns sont pour l'affirmative. Les autres estiment au contraire que la prédisposition dégénérative n'a aucune part dans l'étiologie de cette maladie. Et l'opinion de ces derniers semble chaque jour plus solidement assise, au fur et à mesure qu'on tend à reconnaître la syphilis comme la cause nécessaire et suffisante de la méningo-encéphalite.

De nos jours, pourtant, le vieux problème de la prédisposition aux affections mentales se renouvelle. A la suite de KRETSCHMER, on étudie l'habitus extérieur, ou, comme l'on dit aujourd'hui, la morphologie des aliénés. STERN, KROLL, GRUNDLER, et quelques autres relatent la fréquence avec laquelle ils ont observé le type piknique ou piknique-athlétique chez les paralytiques. Et les résultats de leurs enquêtes, bien que formulés d'une manière différente, sont très voisins des observations recueillies par les contemporains de BAYLE.

III. — Les observations que nous avons faites sur nos malades, en consignant à la fois les symptômes de la maladie et les attributs particuliers du tempérament (selon les trois *aspects* physiologique, psychologique et morphologique) confirment

l'intérêt des études précédentes, et autorisent à conclure comme nous l'avons fait en tête de ces lignes.

Nous avons en effet retrouvé avec une grande fréquence chez les malades atteints de paralysie générale le type de tempérament que les Anciens, en accord avec leur théorie humorale, appelaient Sanguin. C'est le même qui, dans la terminologie de KRETSCHMER, est baptisé piknique ou piknique-athlétique.

Ce type de constitution, nous le définissons par un ensemble de caractères qui traduisent, si l'on veut bien nous passer l'expression, une certaine *exubérance nutritive*.

Dans l'ordre physiologique, les individus de ce type sont pourvus de ce qu'on appelle communément une « belle santé ». Toutes leurs fonctions s'accomplissent avec aisance. Ils peuvent même se livrer à de nombreux excès sans en subir, semble-t-il, aucun dommage.

Dans l'ordre psychologique, un des traits les plus importants de leur caractère est la propension à la colère. D'autre part, on observe chez eux la même immunité à la maladie que dans l'ordre physiologique, et, à l'appui de cette remarque, il faut noter que les sujets présentant de bonne heure une psychose ou une névrose ne versent jamais dans la démence paralytique.

L'exubérance fonctionnelle a sa réplique dans l'ordre morphologique, se traduisant par l'expansion des formes, l'embonpoint, le teint coloré.

Ces caractères, nous les avons observés aussi d'une manière habituelle dans la parenté des malades.

IV. — Ayant noté l'existence de cette prédisposition constitutionnelle et les signes qui la révèlent, nous nous sommes interrogés sur sa nature.

Après avoir discuté l'intérêt que présente, dans le cas particulier de la paralysie générale, la notion de dégénérescence (selon MOREL), nous avons reconnu qu'il était nécessaire de nous élever à un point de vue plus général : celui des tempéraments. Quittant donc le problème particulier de nos recherches, nous avons exposé une conception du tempérament qui est en

plus d'un point originale. Nous sommes partis des connaissances que nous ont léguées les médecins de l'Antiquité. Puis, nous avons examiné les travaux de l'école de Cl. SIGAUD. Le rapprochement de ces derniers avec l'œuvre des Anciens s'est imposé à notre esprit, et nous a conduit à pénétrer dans la structure intime du tempérament. Nous avons pu montrer que, dans l'individu, tout se tient, et qu'il suffit de posséder quelques traits physiologiques essentiels d'un organisme pour le connaître dans son entier. Le but de cette étude était de diagnostiquer les prédispositions morbides particulières, ou, plus exactement encore, la manière d'être de chaque tempérament dans la maladie. Nous sommes parvenus à opposer deux types d'organismes : *l'hypo-excitable, de forme dilatée, chez lequel la lésion déborde l'irritation* ; — *l'hyperexcitable, de forme rétractée, chez lequel l'irritation déborde la lésion* (cf. P. II, ch. 3). Nous avons retrouvé cette opposition fondamentale dans tous les domaines de la médecine. Et particulièrement en pathologie mentale ; d'un côté les démences organiques, de l'autre les névroses et les psychoses.

La fréquence avec laquelle le type sanguin — qui est, avec le type piknique son proche parent, une des deux variétés du type dilaté — se retrouve dans la paralysie générale, nous semble être une confirmation des idées qui précèdent.

V. — Restait à expliquer pourquoi le type de constitution décrit n'est pas le seul que l'on rencontre chez les paralytiques généraux, et à examiner si, dans les cas où cette prédisposition spéciale manque, la maladie présente des caractères différents.

Comme l'ont vu la plupart des auteurs, c'est dans les formes typiques de la maladie de Bayle, c'est-à-dire, dans les formes qui s'accompagnent de délire des grandeurs ou de délire mélancolique, et dans les formes démentiellles simples avec euphorie, que le tempérament décrit s'observe avec la plus grande fréquence. Il est rare, par contre, dans les formes dites atypiques et tout spécialement dans les formes que les auteurs étrangers appellent schizophréniques. Chez les individus atteints de ces formes, on observe une tendance nette à la réalisation de

types constitutionnels très différents, de morphologie rétractée.

Devant cette constatation, on est conduit à se demander si la prédisposition n'agirait pas simplement en déterminant le tableau clinique sous lequel se présente la maladie, tout en n'ayant aucune part dans le déterminisme des lésions. C'est en particulier l'avis de GRUNDLER. Mais cette opinion nous semble trop schématique. Car n'y a-t-il aucun lien entre les manifestations cliniques et les lésions que celles-ci traduisent ! Et peut-on dire que la paralysie générale, si diverse par ses symptômes, soit absolument une par ses lésions ! Non certes. Et on a pensé que, dans la paralysie générale de type schizophrénique, les lésions seraient plus discrètes que dans les autres formes. Telle est l'opinion d'Henri CLAUDE. Cette forme spéciale ferait en quelque sorte une transition entre la psychose et la démence. Si la preuve en était faite, cette opinion viendrait à l'appui de l'opposition que nous avons établie entre les deux types d'organisme : le *dilaté* et le *rétracté* dont les réactions dans la maladie sont très différentes.

Un autre groupe de faits plaide dans le même sens : ce sont ceux où l'on voit une paralysie générale survenue chez des sujets de type morphologique rétracté (paralysie associée ou non aux tabes) suivre un cours plus lent et aboutir quelquefois à la guérison. Faits à opposer à ceux de paralysie générale se terminant très rapidement par la mort chez des types de morphologie dilatée.

Pour conclure avec certitude, et tirer de la connaissance du tempérament des indications à la fois diagnostiques et pronostiques, il nous manque toutefois, et le contrôle d'une observation plus prolongée, et le complément d'information fourni par l'étude anatomo-pathologique.

VI. — Mais d'ores et déjà, si nous considérons l'ensemble des faits, nous pensons avoir montré que certains symptômes et certaines particularités évolutives de la paralysie générale sont en accord avec les tendances physio-pathologiques du tempérament sanguin. Même fréquence des manifestations congestives pulmonaires et surtout cérébrales (ictus), même fréquence de

l'atteinte cardio-aortique et de la mort subite, même rareté des affections digestives.

La parenté de la paralysie générale avec d'autres affections, en particulier la psychose maniaque-dépressive — qui a en commun avec elle les symptômes d'excitation ou de dépression, et les accidents congestifs — se justifie également par la connaissance du tempérament qui est à la base de l'une comme de l'autre maladie.

Et nous avons montré aussi que les affections habituellement rencontrées dans la parenté de nos paralytiques sont de celles qui sont le lot du tempérament sanguin.

Par contre, les conditions de terrain qui favorisent la production du tabes nous ont paru très différentes et nous pensons qu'une recherche spécialement conduite dans le sens de la présente étude contribuerait à projeter quelque lumière sur la pathogénie de cette affection. La notion de la fréquence des scléroses douloureuses chez les types de morphologie rétractée, nous semble en tous cas devoir être mise au premier plan.

En de nombreux points de ce travail, nous nous sommes laissés aller à dépasser l'enseignement immédiat des faits et, dans ces conclusions, une large place est faite aux hypothèses.

Mais ces hypothèses, nous espérons avoir montré qu'elles ne sont pas arbitraires, qu'elles prennent leur racine dans les faits. Et nous pensons que cet essai sur la prédisposition constitutionnelle à la paralysie générale aura atteint son but s'il réussit à persuader les médecins de l'intérêt du problème, et à suggérer des recherches plus étendues.

Vu : le Président de la thèse,
CLAUDE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMELINE. — De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale. Soc. méd. psych., 26 mars 1900.
- AUCHIER (F.). — Contribution à l'étude des rapports de la paralysie générale progressive et de la dégénérescence. Thèse de Bordeaux, 1901.
- BALL (B.) et RÉGIS (E.). — Les familles des aliénés au point de vue biologique. Contribution à l'étude de l'hérédité dans les maladies mentales. *L'Encéphale*, 1883, p. 401, 529 et 712.
- BAYLE (A. L. J.). — 1. Recherches sur les maladies mentales. Thèse de Paris, 1822.
- 2. Traité des maladies du cerveau et de ses membranes, 1826.
- BÉCHET (G.). — Conditions biologiques des familles de paralytiques généraux. *Arch. de Neur.*, t. I, février 1890, p. 121-132.
- CALMEIL. — De la paralysie considérée chez les aliénés, 1824.
- CHAILLOU et MAC-AULIFFE. — Morphologie médicale. Paris, 1912.
- CHARPENTIER. — *Ann. méd. Psych.*, 1887, t. I, p. 289.
- DÉJERINE. — De l'hérédité dans les affections du système nerveux. Thèse d'agrégation, 1886.
- DOUTREBENTE. — Des différentes espèces de rémissions qui surviennent dans le cours de la P. G. P. *Ann. Méd. Psych.*, 1878, t. I, p. 161.
- FALRET (J. P.). — Des maladies mentales et des asiles d'aliénés, 1864.
- FALRET (J.). — Etudes sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1890.
- FILLASSIER. — Des diverses formes de la P. G. suivant le degré de prédisposition du sujet. *Ann. Méd. Psych.*, nov.-déc. 1910, p. 434.
- FRIEDMAN. — Ueber die Konstitution bei progressive Paralyse. *Obozrenie psichiatrii nevrologii irefleksologie*, Ig. 2, Nd 2, S. 134-141.
- GOZZANO (Mario). — Sui rapporti fra costituzione morfologica e forma clinica nelle paralisi progressive. *Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le mal. nerv. e ment.*, t. 51, p. 93-114, 1927.

- GRÜNDLER. — Konstitutions-untersuchungen an Paralytischen. *Monatsschr. f. Psych. u. Neur.*, t. 61, p. 283-290, 1926.
- JOFFROY. — Dégénérescence et paralysie générale. IX^e Congrès des alién. et neur. Angers, 1898.
- KEHRER et KRETSCHMER. — Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin, 1924.
- KRETSCHMER. — Structure du corps et Caractère. Traduction française chez Payot. Paris, 1931.
- KROLL. — Die neuropathologischen Syndrome. J. Springer, 1925.
- LUNIER. — Recherches sur la P. G. P. *Ann. Méd. Psych.*, 1849, t. I, p. 4 et p. 182.
- MAGNAN. — De la P. G. Leçon faite à Sainte-Anne et publiée dans la *Tribune méd.*, n^{os} du 29 février et du 7 mars 1880.
- MAIRET et VIRE. — De la P. G. Etiologie. Pathogénie. Traitement. 1 vol. de 225 p. chez Masson, 1893.
- MARANDON de MONTYEL. — De la marche de la P. G. P. chez les héréditaires. *Ann. Méd. Psych.*, 1878, t. II, p. 333.
- MARIANI. — Contribution à l'étude de l'hérédité chez les P. G. Thèse Paris, 1899.
- MEGGENDORFER. — Ueber die Rolle der Erbllichkeit bei der Paralyse. *R. Neur.*, t. 65, p. 18, 1921.
- MIGNOT (Roger). — Note sur le développement physique des P. G. *Revue de Méd.*, 10 mars 1909.
- MOREL. — Etudes cliniques sur les maladies mentales, 2 vol. Nancy, 1851-1852.
- Traité des maladies mentales. Paris, 1860.
- Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine. Paris, 1859.
- ORCHANSKY (de Kharkow). — De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions du système nerveux chez les syphilitiques. Congrès de Moscou, 1897.
- PASCAL et VIÉ. — Démence précoce et schizophrénie. Morel et la notion du terrain dans la démence précoce. *L'Encéphale*, 1931, n^o 4, p. 283.
- PILCZ. — Ueber Beziehungen zwischen Paralyse und Degeneration. *Monatssch. f. Psych. und Neur.*, 1899, t. VI, p. 1.
- POPPI (U.). — Il fattore costituzionale nella predisposizione alla tabe e alla paralisi progressiva. *Il Cervello*, 1930, n^o 2, p. 95-103.
- RÉGIS. — Les facteurs étiologiques de la P. G. *La Tribune Méd.*, 2 sept. 1905.

- ROGUES de FURSAC. — Des stigmates physiques de dégénérescence chez les P. G. Thèse de Paris, 1899.
- Manuel de Psychiâtrie, 1903.
- ROGUES de FURSAC et GENIL-PERRIN. — Etude statistique sur les antécédents héréditaires des P. G. *Ann. Méd. Psych.*, juin et juillet 1913.
- SCHNEIDER (Erich). — Ueber erbliche Belastung bei atypischen Paralyse. *Z. f. g. N. und P.*, t. 97, p. 770, 1925.
- SÉZARY. — La syphilis nerveuse. Masson, 1926.
- SIGAUD. — Les origines de la maladie (en collaboration avec Vincent). Paris, Maloine, 1906.
- Traité clinique de la digestion. Paris, Doin, t. I, 1900, t. II, 1908.
- La Forme humaine, 1^{er} fascicule seul paru. Paris, Maloine, 1904.
- STERN (Richard). — Ueber körperliche Kennzeichen der Disposition zur Tabes, 1 vol. chez F. Deuticke. Leipzig-Wien, 1912.
- STIEF (A.). — Sur la question des types constitutionnels dans le tabes dorsalis. *Hygiène mentale*, 1931, n° 6, p. 142-149.
- THOORIS. — La vie par le Stade, 1924. A. Legrand. Paris.
- TSCHISCH (Vladimir). — La vraie cause de la P. G. Congrès de Paris, 1900.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction</i>	I
<i>Historique</i>	1

PREMIÈRE PARTIE

EXPOSÉ DES FAITS

CHAPITRE PREMIER. — Méthode d'observation	21
CHAPITRE II. — Observations	36
1 ^{re} Série. Paralyse générale avec délire des grandeurs	41
2 ^e Série. Paralyse générale de type mélancolique	63
3 ^e Série. Paralyse générale avec délire des négations....	71
4 ^e Série. Paralyse générale de forme catatonique	85
5 ^e Série. Paralyse générale hallucinatoire	113
6 ^e Série. Paralyse générale démentielle simple euphorique.	120
7 ^e Série. Paralyse générale démentielle simple dysphorique.	161
8 ^e Série. Paralyse générale associée au tabes	168
9 ^e Série. Formes difficiles à caractériser	174

DEUXIÈME PARTIE

INTERPRÉTATION DES FAITS

CHAPITRE PREMIER. — Caractères de la Prédisposition	183
1. Aspect physiologique	183
2. Aspect psychologique	186
3. Aspect morphologique	189
4. Héritéité	192
CHAPITRE II. — Mode d'agir de la Prédisposition	196
Mode d'agir de la prédisposition individuelle	196
Mode d'agir de la prédisposition héréditaire	202

CHAPITRE III. — Nature de la Prédisposition	205
Discussion sur la dégénérescence	205
Les Tempéraments	213
A. Le Tempérament selon les Anciens	219
1. Les trois Aspects du Tempérament.....	219
2. Les quatre Tempéraments et le Tempérament idéal	223
1. Aspect physiologique.....	225
1 bis. Aspect pathologique. Morbidité.....	231
2. Aspect morphologique	240
3. Aspect psychologique.....	251
B. La Morpho-physiologie de Cl. SIGAUD.....	256
1. Première ébauche	259
2. Deuxième ébauche	263
C. Conception personnelle	267
Homogénéité structurale	269
Différenciation	279
Etude des appareils	285
Etudes des Types	288
Types d'évolution régulière.....	289
Types d'évolution irrégulière	294
La maladie chez les principaux types.....	297
Nature de la maladie.....	306
Application à la Paralyse générale	311
<i>Résumé et Conclusions</i>	326
<i>Bibliographie</i>	332

TABLE DES FIGURES DANS LE TEXTE

	Pages
<i>Fig. 1.</i> — Morphologie des Tempéraments (vues de face).....	226
<i>Fig. 2.</i> — Morphologie des Tempéraments (vues de profil)..	227
<i>Fig. 3.</i> — Tête du Type I de la classification des Anciens (face et profil)	244
<i>Fig. 4.</i> — Tête du Type II.....	244
<i>Fig. 5.</i> — Tête du Canon	244
<i>Fig. 6.</i> — Tête du Type III.....	245
<i>Fig. 7.</i> — Tête du Type IV	245
<i>Fig. 7 bis.</i> — Courbes.....	271
<i>Fig. 8.</i> — Type d'enfant (dessin original de PAZZI).....	290
<i>Fig. 9.</i> — Type féminin régulier (dessiné par PAZZI d'après la <i>Pomone</i> d'A. MAILLOL)	293
<i>Fig. 10.</i> — Type masculin régulier (dessiné par PAZZI d'après l' <i>Age d'airain</i> de A. RODIN)	293

TABLE DES LITHOGRAPHIES HORS TEXTE

PLANCHE I. — Malade atteint de paralysie générale avec délire des grandeurs (Obs. 1).

PLANCHE II. — Malade atteint de paralysie générale avec délire des grandeurs (Obs. 11).

PLANCHE III. — Malade atteint de P. G. euphorique simple (Obs. 49).

PLANCHE IV. — Malade atteinte de P. G. euphorique simple (Obs. 77).

PLANCHE V. — Malade atteint de P. G. avec délire des négations (Obs. 25).

PLANCHE VI. — Malade atteint de manie périodique.

PLANCHE VII. — Malade atteint de P. G. de forme catatonique (Obs. 38).

PLANCHE VIII. — Malade atteint de P. G. de forme catatonique (Obs. 26). Vu de face.

PLANCHE IX. — Même malade. Vu de profil.

PLANCHE X. — Malade atteint de P. G. de forme catatonique intermittente (Obs. 30).

PLANCHE XI.

Fig. 1. Malade atteinte de P. G. avec délire des grandeurs (Obs. 10).

Fig. 2. Malade atteint de P. G. avec délire des grandeurs. Même malade que celui de la Pl. I.

Fig. 3. Malade atteint de P. G. avec délire des grandeurs (Obs. 3).

PLANCHE XII.

Fig. 1. Malade atteint de P. G. avec délire des négations. Même malade que celui de la Pl. V.

Fig. 2. Malade atteint de P. G. avec délire des négations (Obs. 23).

Fig. 3. Malade atteint de P. G. avec délire des négations (Obs. 24) Aspect du visage avant la maladie.

Fig. 4. Même malade. Aspect du visage, en pleine période d'opposition catatonique.

PLANCHE XIII.

Fig. 1. Malade atteint de P. G. mégalomaniaque associée à un tabes (Obs. 89).

Fig. 2. Malade atteint de P. G. expansive simple (Obs. 53).

Fig. 3. Malade atteinte de P. G. expansive simple (Obs. 71).

Fig. 4. Malade atteinte de Mélancolie périodique avec obsession-suicide.

PLANCHE XIV.

Fig. 1. Malade atteint de P. G. de forme catatonique (Obs. 35).

Fig. 2. Malade atteint de P. G. de forme catatonique. Même malade que celui de la Pl. X.

Fig. 3. Malade atteinte de P. G. de forme catatonique (Obs. 33).

Fig. 4. Malade atteint de P. G. de forme catatonique. Même malade que celui des Pl. VIII et IX.

PLANCHE XV.

Fig. 1. Malade atteint de Démence précoce catatonique.

Fig. 2. Malade atteint de P. G. avec hallucinations (Obs. 41).

Fig. 3. Malade atteint de P. G. de forme catatonique (Obs. 32).

Fig. 4. Malade atteinte de P. G. de forme catatonique (Obs. 28).

PLANCHE XVI.

Fig. 1. Malade atteint de P. G. simple dysphorique (Obs. 87).

Fig. 2. Malade atteint de P. G. fixée (Obs. 60).

Fig. 3. Malade dégénéré atteint de P. G. simple (Obs. 55).

Fig. 4. Malade atteinte de P. G. fixée (Obs. 84).

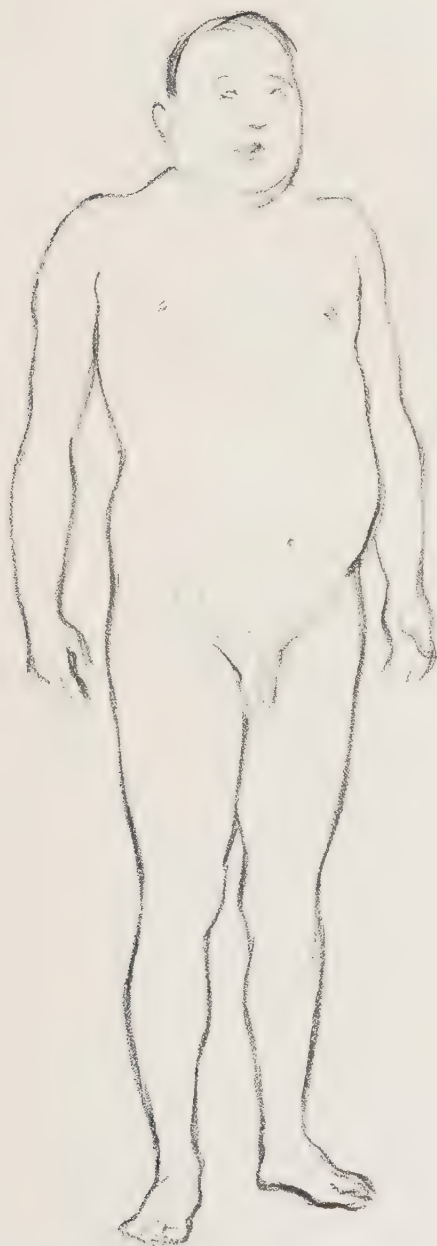


PLANCHE 1



PLANCHE II



PLANCHE 151



PLANCHE IV



PLANCHE V



PLANCHE VI



PLANCHE VII

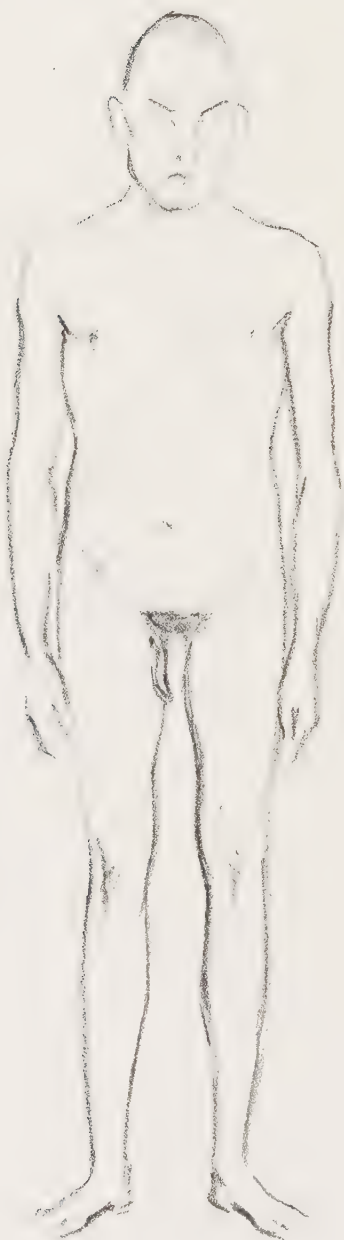


PLANCHE VIII



PLANCHE IX



PLANCHE X



Fig 1



Fig 2

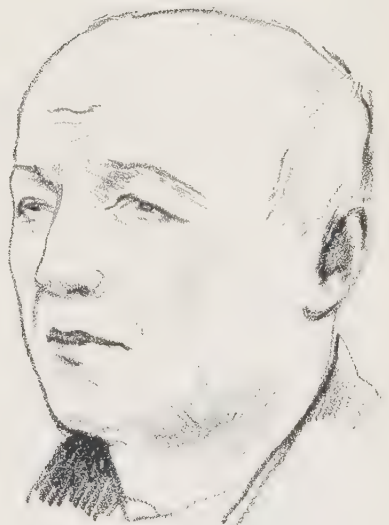


Fig 3

PLANCHE XI



Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 4.



Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 4.



Fig 1



Fig 2



Fig 3



Fig 4.

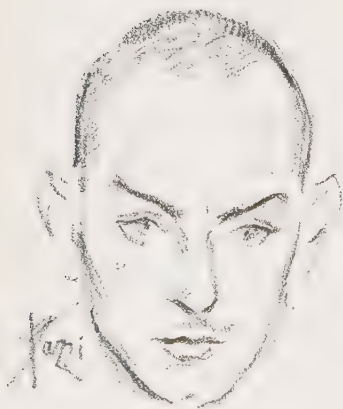


PLANCHE XIV





Fig 1



Fig 2

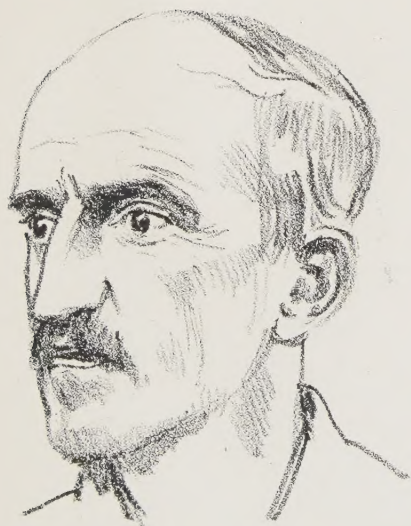


Fig. 3

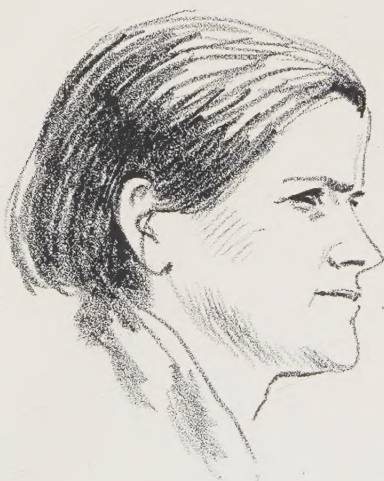


Fig 4.

PLANCHE XV



Fig 1

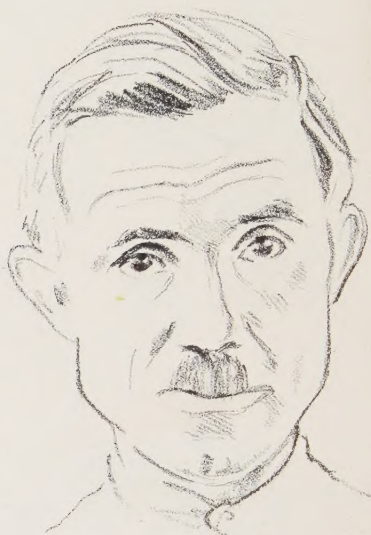


Fig 2



Fig 3



Fig 4

